

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CINTHIA DALASTA CAETANO FUJII

**DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM
HEMODIÁLISE: A ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE E DOS
USUÁRIOS**

Porto Alegre

2009

CINTHIA DALASTA CAETANO FUJII

**DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM
HEMODIÁLISE: A ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE E DOS
USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

PORTO ALEGRE

2009

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

F961d Fujii, Cinthia Dalasta Caetano

Desafios da integralidade no cuidado em hemodiálise:
a ótica da equipe de saúde e dos usuários [manuscrito] /
Cinthia Dalasta Caetano Fujii. – 2009. .
122 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009.
Orientação: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

1.Integralidade – Saúde. 2. Insuficiência renal crônica.
3. Hemodiálise. 4. Assistência centrada no paciente. 5.Unidades
hospitalares de hemodiálise. 6. Necessidades e demandas de
serviços de saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de
Oliveira. II. Título.

WY164

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

CINTHIA DALASTA CAETANO FUJII

DESAFIOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM HEMODIÁLISE: A ÓTICA DA
EQUIPE DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 29 de outubro de 2009

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira: Dora Lúcia de Oliveira

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt: Tatiana Engel Gerhardt

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla: _____

Profa. Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva: Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Dedico esta dissertação aos meus pais, Adão e Metilde, ao meu irmão, Christian, por estarem sempre presentes na minha vida, apoiando, incentivando, proporcionando meu crescimento pessoal e profissional e ao meu grande amor, Luis Carlos Fujii, incentivo, compreensão e carinho

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar meu caminho e me proteger todos os dias;

Aos pais, Adão e Metilde, por sempre terem me proporcionado todas as condições necessárias para eu me desenvolver como pessoa e profissional. O carinho e amor de vocês recarregam minhas energias!

Ao meu grande amor, Luis Carlos Fujii, por todo carinho, atenção e paciência. Sempre me incentivando e me acompanhando em todos os momentos;
Ao meu irmão, Christian, e ao meu sobrinho, Gustavo, pelo incentivo e carinho constantes;

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens de Oliveira, agradeço pelo compartilhar de conhecimentos, pela atenção, disponibilidade e carinho durante essa trajetória. Foi um privilégio ter uma orientadora como você!

Às amigas Daiane, Fabiane, Adriana, Fernanda, Elen, Darielli e Luciana, poder contar com a companhia, com o carinho e o bom humor de vocês é uma dádiva!

Ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, onde cursei minha graduação, por ter uma estrutura curricular que valoriza e incentiva a pesquisa em saúde, na qual aprendi a ter uma visão crítica e que me impulsionou a seguir na qualificação profissional;

Ao Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFRGS, pela oportunidade de qualificação profissional e efetivação de um sonho;

A todos os meus colegas de mestrado, em especial a Liege, Deise, Ana, Cíntia, Fernanda, Luciana, Anali, Daniel e Adriana. Várias vezes compartilhamos angústias, alegrias, conquistas e trocamos muiiitas idéias! Ter encontrado vocês nesse caminho foi maravilhoso;

À equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise, em especial a Célia e Karen pelo apoio e incentivo permanentes.

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) está entre as doenças e agravos não transmissíveis com significativa prevalência na população brasileira. Estima-se que, no Brasil, mais de 70.000 pessoas já dependem de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo que 90,7% dos indivíduos em tratamento fazem hemodiálise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006). De modo geral, é de forma abrupta que as pessoas se vêem diagnosticadas com IRC, precisando de terapia renal substitutiva. Isso faz com que essas tenham que reorganizar suas vidas em vários aspectos. O serviço de hemodiálise é o serviço de saúde que atende regularmente as pessoas que necessitam de tratamento hemodialítico. Nesse contexto de assistência, a máquina de hemodiálise é a intermediadora no processo de cuidado, garantindo a manutenção da vida. Um dos pressupostos desse estudo é de que os serviços de hemodiálise devem extrapolar o investimento na sobrevivência, promovendo o resgate da qualidade de vida dos usuários. Entendendo que o cuidado aos usuários de uma unidade de hemodiálise deva seguir uma perspectiva de atenção ampliada que contemple suas necessidades de saúde, desenvolveu-se o projeto de pesquisa acerca das possibilidades de integralidade nesse serviço de saúde sob a ótica da equipe de saúde e dos usuários. A pesquisa consistiu de um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada com 24 sujeitos, sendo dezesseis participantes da equipe de saúde e oito usuários da unidade de hemodiálise em estudo. A análise dos dados foi realizada por análise de conteúdo temática e originou as categorias: percepções de necessidades de saúde que guiam o cuidado em hemodiálise; aproximações e distanciamentos da integralidade no cuidado em hemodiálise. O estudo concluiu que as percepções de necessidades de saúde encontram-se inicialmente centradas no tratamento da doença, mas há no contexto estudado indivíduos sensibilizados para uma ampliação da visão diante do usuário do serviço de hemodiálise pesquisado. Pode-se inferir que a boa estrutura da instituição de saúde em que está inserido o serviço de hemodiálise e o trabalho em equipe foram os principais elementos citados pelos sujeitos da pesquisa como facilitadores da integralidade, já a demora no acesso a exames diagnósticos e a leitos em hospitais, a falta de resolutividade das consultas com especialidades médicas e da rede de serviços e o reduzido número de profissionais nas equipes de apoio foram apontados como elementos dificultadores da integralidade.

Descritores: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Assistência Centrada no Paciente, Unidades Hospitalares de Hemodiálise, Integralidade.

ABSTRACT

Chronic Renal Insufficiency (CRI) is among non-transmissible diseases and damages with significant prevalence in the Brazilian population. Estimates appoint that, in Brazil, more than 70,000 people already depend on Substitute Renal Therapy (SRT), while 90,7% of the subjects under treatment undergo dialysis (BRAZILIAN SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2006). In general, it is in an abrupt way that the people see themselves with CRI diagnosis and need of substitute renal therapy, reason why they have to reorganize their lives in several aspects. Dialysis is the health service that takes care of people who need dialysis treatment regularly. Within this assistance context, the dialysis machine is the intermediate device in the care process, by granting the maintenance of life. One of the presuppositions of this study is that the dialysis services must extrapolate the investment in life survival by promoting the rescue of the quality of life of the users. The understanding that the care to users of a dialysis unit must follow a perspective of broadened care that foresees their needs of health, a research project was developed regarding the possibilities of integrality in this health service under the point of view of the health team and of the users. The research consisted of an exploratory-descriptive study with a qualitative approach. The data were collected by means of a semi-structured interview with 24 subjects, being sixteen participants from the health team and eight users of the dialysis unit under study. The data analysis was carried out by analysis of content thematic that provided the following categories: perceptions of health needs that guide the dialysis care; approximations and distances from the integrality within dialysis care. The study concluded that the perceptions of health needs are initially centered in the treatment of the disease but in the studied context there are individuals who are sensitive to a broadened view before the user of the studied dialysis service. One can infer that the good structure of the health institution where the dialysis service is inserted and the team work were the main elements mentioned by the subjects of the research as facilitators of the integrality while the long time to access diagnosis examinations and to get beds in hospitals, the lack of resolution of the consultations with medical specialties and of the services network, and the reduced number of professionals in the support teams were pointed out as elements that make integrality difficult.

Descriptors: Needs and Demands of Health Services, Assistance Centered in the Patient, Hospital Units of Dialysis, Integrality.

RESUMEN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) está entre las enfermedades y agravios no transmisibles con significativa predominio en la población brasileña. Se estima que, en Brasil, más de 70.000 personas ya dependen de Terapia Renal Sustitutiva (TRS), siendo que 90,7% de los sujetos en tratamiento hacen hemodiálisis (SOCIEDAD BRASILEÑA DE NEFROLOGÍA, 2006). De modo general, es de forma abrupta que las personas se ven diagnosticadas con IRC, precisando de terapia renal sustitutiva, razón por la cual ellas tienen que reorganizar sus vidas en varios aspectos. El servicio de hemodiálisis es el servicio de salud que atiende regularmente a las personas que necesitan de tratamiento con diálisis. En ese contexto de asistencia, la máquina de hemodiálisis es la intermediadora en el proceso de cuidado, garantizando el mantenimiento de la vida. Uno de los presupuestos de ese estudio es que los servicios de hemodiálisis deben extrapolar la inversión en la sobrevivencia, promoviendo el rescate de la calidad de vida de los usuarios. Entendiendo que el cuidado a los usuarios de una unidad de hemodiálisis debe seguir una perspectiva de atención ampliada que contemple sus necesidades de salud, se ha desarrollado el proyecto de pesquisa acerca de las posibilidades de integralidad en ese servicio de salud bajo la óptica del equipo de salud y de los usuarios. La investigación consistió de un estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semi-estructurada con 24 sujetos, siendo dieciséis participantes del equipo de salud y ocho usuarios de la unidad de hemodiálisis en estudio. El análisis de los datos fue realizado por análisis de contenido temático y dió origen a las categorías: percepciones de necesidades de salud que guían el cuidado en hemodiálisis; aproximaciones y distanciamientos de la integralidad en el cuidado en hemodiálisis. El estudio concluyó que las percepciones de necesidades de salud se encuentran inicialmente centradas en el tratamiento de la enfermedad, pero hay, en el contexto estudiado, individuos sensibilizados para una ampliación de la visión delante del usuario del servicio de hemodiálisis pesquisado. Se puede inferir que la buena estructura de la institución de salud en que está inserido el servicio de hemodiálisis y el trabajo en equipo fueron los principales elementos citados por los sujetos de la pesquisa como facilitadores de la integralidad, mientras la demora en el acceso a exámenes diagnósticos y a los lechos en hospitales, la falta de resolutivez de las consultas con especialidades médicas y de la red de servicios y el reducido número de profesionales en los equipos de apoyo fueron apuntados como elementos dificultadores de la integralidad.

Descriptorios: Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Asistencia Centrada en el Paciente, Unidades hospitalarias de Hemodiálisis, Integralidad.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Características dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	41
QUADRO 2 – Características dos usuários participantes da pesquisa.....	42
QUADRO 3 – Profissionais de nutrição, psicologia e serviço social e locais de atuação na instituição pesquisada.....	100

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

FIGURA 1 - Diagrama demonstrativo da relação entre problemas e necessidades de saúde.....	50
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis**
- HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre**
- HD - Hemodiálise**
- IRC - Insuficiência Renal Crônica**
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO E QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA.....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 O SUS E AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO	21
3.2 NECESSIDADES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	27
4 CAMINHO METODOLÓGICO	37
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	37
4.2 CAMPO DA PESQUISA.....	38
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
4.4 COLETA DE DADOS.....	43
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
5 ANALISANDO AS POSSIBILIDADES DE INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM HEMODIÁLISE	47
5.1. PERCEPÇÕES DE NECESSIDADES DE SAÚDE GUIAM O CUIDADO EM HEMODIÁLISE.....	47
5.1.1 A doença como ponto de partida das necessidades de saúde de indivíduos com IRC: a ótica da equipe de saúde.....	51
5.1.2 Transitando entre o controle da doença e as adaptações da vida com IRC: a ótica dos usuários.....	68
5.2 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM HEMODIÁLISE	79
5.2.1 Possibilidades da Integralidade no cuidado em Hemodiálise: entre elementos facilitadores e dificultadores.....	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	107
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa	116
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para a equipe de saúde	117
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para os usuários	118
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a equipe de saúde	120
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários	122

1. INTRODUÇÃO

As transições tanto epidemiológicas quanto demográficas que vêm ocorrendo no Brasil desde a década de 60 evidenciam uma progressiva elevação da morbimortalidade por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), ou seja, doenças crônico-degenerativas, doenças cardiovasculares, neoplasias, agravos decorrentes de causas externas e transtornos mentais (BRASIL, 2003a). Tais modificações, associadas a mudanças econômicas, sociais e políticas, se refletem no perfil dos indivíduos que procuram os serviços de saúde e nas demandas por cuidados.

As condições crônicas de saúde, definidas pela Organização Mundial de Saúde como “problemas de saúde que persistem por período de vários anos ou décadas e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes” (OMS, 2003, p.15), requerem uma atenção que extrapola o cenário dos serviços de saúde e o contato com os profissionais. A ampliação desses limites é necessária na medida em que se trata de dar atenção aos aspectos da vida cotidiana dos adoecidos, ao gerenciamento da doença e às rupturas de rotinas que a acompanham (CANESQUI, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) está entre as DANT com significativa prevalência na população brasileira. Estima-se que, no Brasil, mais de 70.000 pessoas já dependam de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo que 90,7% dos indivíduos em tratamento fazem hemodiálise (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006)*. Em nível mundial, essa doença também é reconhecida como um problema de saúde pública (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2002). Dentre as doenças crônicas, a insuficiência renal é uma das patologias que mais impacto gera no modo de vida de seus portadores (MENEZES, MAIA e LIMA JÚNIOR, 2007). Em tratamento hemodialítico, esses indivíduos passam a conviver com restrições

* Mesmo com inúmeros esforços para coletar dados sobre indivíduos com IRC no Brasil, ainda não há um sistema nacional de registro que forneça anualmente dados confiáveis do ponto de vista epidemiológico. Acredita-se que os dados referentes à incidência e prevalência encontram-se subestimados (Sesso & Gordan, 2007).

alimentares e hídricas rigorosas, alterações na auto-imagem e dependência em relação à máquina de hemodiálise e à equipe de saúde. Além disso, o contato frequente com o ambiente hospitalar para a realização do tratamento resulta, muitas vezes, na necessidade de abandonar suas atividades laborais, devido à dificuldade para conciliar carga horária e condições físicas para o trabalho com as sessões de hemodiálise.

De modo geral, é de uma forma abrupta que as pessoas se veem diagnosticadas com IRC, passando, então, a necessitar de terapia renal substitutiva. Isso faz com que esse indivíduo e sua família tenham que reorganizar suas vidas em vários aspectos.

A unidade de hemodiálise é o serviço de saúde que atende regularmente às pessoas que necessitam de tratamento hemodialítico. Esse atendimento dá-se normalmente em três sessões semanais ao longo de suas vidas ou até que seja realizado um transplante renal. Durante quatro horas, o indivíduo permanece nesse serviço de saúde no intuito de substituir parcialmente as funções dos rins e, com isso, garantir a manutenção de sua vida.

Nesse cenário, atua uma equipe multidisciplinar cujos profissionais avaliam clinicamente os usuários, realizam orientações durante a terapia, desenvolvem procedimentos técnicos especializados e manuseiam as máquinas de hemodiálise. Nesse contexto de assistência, a máquina de hemodiálise é a intermediadora no processo de cuidado ao indivíduo com insuficiência renal crônica. Essa situação constitui a maneira como a equipe de saúde percebe a pessoa que depende desse tratamento, ficando, muitas vezes, o cuidado restrito somente ao emprego da tecnologia.

É compreensível que o foco desse atendimento esteja no funcionamento da máquina de hemodiálise, uma vez que essa unidade é responsável por ofertar a terapia de substituição da função renal, viabilizada pelo equipamento. Nesse sentido, a ênfase no cuidado por meio de uma máquina pode ser influenciada, também, pela confiança depositada pela equipe no desenvolvimento tecnológico, o que tem

resultado em processos terapêuticos cada vez mais qualificados e seguros e num consequente aumento da sobrevida dos indivíduos com IRC.

No entanto, acredito que garantir apenas que esses indivíduos continuem vivendo não basta para assegurar que eles estejam sendo cuidados. Apesar de reconhecer a importância da manutenção da vida, considero que um serviço de saúde, cujos usuários convivem com uma condição crônica, precisa extrapolar o investimento na sobrevida, abrangendo, inclusive, na mesma medida ou tanto quanto possível, o resgate da qualidade de vida dessas pessoas.

Avançar para a expansão dos cuidados em hemodiálise, entendendo a saúde no seu sentido amplo, ou seja, não como ausência de doença, mas como um recurso para a vida, com o qual estão implicados fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais, presentes no cotidiano dos indivíduos, é uma questão fundamental para a área de nefrologia.

Elementos da vida cotidiana dos indivíduos com IRC, constituintes de um passado pré-doença, continuarão a fazer parte do seu presente mesmo após o diagnóstico e início do tratamento, embora com prováveis e impactantes transformações. Apesar da sua importância, essas questões ainda são pouco discutidas e consideradas pela equipe de saúde que atua no campo da hemodiálise, no momento de planejar e executar os cuidados com o usuário.

Essa realidade vem sendo constatada em minha trajetória profissional desde quando era acadêmica e bolsista em um serviço de nefrologia na região central do Estado do Rio Grande do Sul e, atualmente, no cotidiano das unidades de hemodiálise nas quais venho atuando através de uma prática crítico-reflexiva.

Uma evidência que corrobora o argumento de que, no contexto do cuidado em hemodiálise, o foco é a doença e não a saúde pode ser encontrada numa revisão da literatura científica nacional e internacional sobre nefrologia e enfermagem em nefrologia, realizada pela pesquisadora durante a elaboração da pesquisa. Verifica-se aí uma predominância de estudos que abordam questões de ordem técnica e de tratamento, demonstrando que a produção de conhecimento sobre o cuidado em

hemodiálise, localiza-se principalmente no controle, resolução ou minimização das manifestações clínicas da IRC.

Os serviços de saúde, que são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), têm a responsabilidade de pautarem suas práticas nos princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90. Dentre esses princípios, destaco a integralidade na atenção, que representa o comprometimento com a vida dos usuários, ou seja, extrapola o foco dos sinais e sintomas da doença, ampliando a atenção para um horizonte que busca, em rede com outros serviços, respostas para as necessidades de saúde dos indivíduos.

Vivências, constatações e inquietações, geradas no cotidiano da assistência aos portadores de IRC, me estimulam a pensar na integralidade no cuidado como uma perspectiva que pode transformar e ampliar a lógica atual do atendimento hemodialítico. Nesse sentido, a integralidade é entendida, nesse estudo, como um modo ampliado de compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos o qual agrega ao conhecimento técnico um olhar sobre as dimensões sócio-culturais em que estão inseridos e se pauta pela contextualização da vida desses indivíduos e pela relação dialógica entre equipe de saúde e usuários da unidade de hemodiálise (MATTOS, 2004).

Na atualidade, a noção de integralidade vem sendo cada vez mais abordada por estudiosos, principalmente da área de saúde coletiva. Em muitos momentos, ela vem tendo, como finalidade, a função de preencher uma lacuna na atenção em saúde quando se percebe que somente os avanços tecnológicos, os equipamentos e os atendimentos especializados não contemplam as necessidades de saúde das pessoas (CAMARGO JUNIOR, 2007).

Diante dessa perspectiva, é importante reconhecer que a saúde do portador de IRC não depende apenas do sucesso do tratamento hemodialítico, mas também das respostas que a rede de atenção em saúde pode dar a um conjunto de necessidades de saúde, originadas ou não na sua condição de doente renal. As necessidades de saúde são aqui consideradas como o eixo estruturante da integralidade no cuidado em hemodiálise, sendo social e historicamente construídas,

uma vez que precisam ser captadas e trabalhadas em uma dimensão subjetiva (STOTZ, 1991; MATSUMOTO, 1999; LARA FLORES *et al*, 2000; CAMPOS; MISHIMA, 2005; CAMPOS; BATAIEIRO, 2007;).

Ampliar o foco da atenção para além do tratamento da doença representa um desafio para os profissionais da saúde que atuam em serviços de hemodiálise, tradicionalmente acostumados a limitar suas ações aos conhecimentos da nefrologia e ao uso de tecnologia dura^{**}. Trabalhar a partir da noção de integralidade no cuidado em saúde implica, antes de tudo, ter uma visão macro da vida e da saúde, reconhecendo o caráter interdisciplinar desse cuidado e a importância do trabalho em rede.

Levando em conta a importância da noção de necessidades de saúde para a prática da integralidade e minhas reflexões, enquanto enfermeira de uma unidade de hemodiálise, alguns questionamentos me ocorrem. Como a equipe de saúde e os usuários dos serviços de hemodiálise percebem as necessidades de saúde dos indivíduos em tratamento hemodialítico? É possível, em uma unidade especializada, como é o caso da de hemodiálise, prestar um cuidado pautado na integralidade? Diante dessa possibilidade, que elementos do cotidiano da assistência estariam implicados na integralidade do cuidado em hemodiálise?

Dentre os princípios e as diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas. De forma mais explícita, observam-se mudanças no SUS tanto no eixo da descentralização quanto no da participação social, mas, no que concerne à integralidade, por não alcançarem a visibilidade e a generalização desejadas, as mudanças não têm sido tão evidentes (MATTOS, 2004).

Nesse sentido, experiências e pesquisas relacionadas à integralidade e a suas dimensões são importantes espaços para analisar os fatores que influenciam a

^{**} A noção de tecnologia utilizada é embasada em Merhy (2007) para quem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais são considerados como tecnologias duras; os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia, entre outras, são consideradas tecnologias leves; o estabelecimento de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão são indicados como tecnologias de relação, assim como os processos de trabalho são entendidos como tecnologias leves.

aplicação desse princípio na prática cotidiana dos serviços de saúde e da equipe que neles atua (MATTOS, 2004).

Apesar da sua importância e crescente presença no debate realizado no âmbito da atenção básica, ainda é pequeno o número de estudos que articulam a noção de integralidade em análises e reflexões sobre a atenção no contexto hospitalar.

Especificamente com relação à nefrologia e enfermagem em nefrologia, são escassos os estudos que se aproximam dos referenciais da saúde coletiva e da noção de integralidade no cuidado, o que indica uma lacuna de conhecimento nesse campo. Essa constatação evidencia a relevância do desenvolvimento de pesquisas que explorem, sob tal perspectiva, o cuidado ao portador de IRC em hemodiálise.

O presente estudo pretende contribuir para preencher essa lacuna ao propor, como campo de estudo, uma unidade de hemodiálise, situada em uma instituição de saúde de grande porte. Espera-se, com isso, produzir conhecimentos que mobilizem reflexões acerca da atenção à saúde do portador de IRC em tratamento hemodialítico, além de possíveis transformações na lógica que embasa esse cuidado, ampliando, assim, os seus limites.

2. OBJETIVO E QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA

A pesquisa desenvolvida foi orientada pelo seguinte objetivo geral e questões norteadoras:

1.1 Objetivo Geral

Analisar, a partir da ótica da equipe de saúde e dos usuários, as possibilidades de integralidade no cuidado em uma unidade de hemodiálise.

1.2 Questões Norteadoras

- Na percepção da equipe de saúde e dos usuários do serviço, que necessidades de saúde apresentam os indivíduos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise?
- Que ações de atenção à saúde têm sido realizadas pela equipe para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários?
- Em que medida as ações de atenção à saúde, realizadas pela equipe, têm atendido às necessidades dos indivíduos na perspectiva da integralidade?
- Que aspectos dificultam ou facilitam a integralidade no cuidado em hemodiálise?

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar suporte teórico às etapas de desenvolvimento da pesquisa, foi adotado um referencial, construído a partir da revisão de literatura especializada naquelas áreas de interesse para a presente dissertação. Nessa perspectiva, dois temas principais foram buscados:

- o SUS e as dimensões da integralidade no cuidado;
- necessidades de saúde no contexto da insuficiência renal crônica.

3.1 O SUS E AS DIMENSÕES DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO

O movimento da reforma sanitária, ocorrido no Brasil durante os anos de 1970 a 1980, teve como expoente o engajamento de movimentos estudantis, sociais e de alguns políticos que se empenharam na luta em defesa do direito cidadão à saúde. Um dos resultados advindos desse movimento foi a ressignificação de saúde, passando esta, então, a ser concebida como “conceito ampliado de saúde” (CECCIM, 2007).

Esse conceito associou saúde a fatores econômicos, sociais, ambientais, políticos, culturais, entre outros que fazem parte do contexto de vida dos indivíduos, determinando e condicionando estados de saúde. A visão ampliada de saúde, divulgada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, acompanhava uma noção abrangente do direito à saúde, ligado às políticas econômico-sociais e não apenas àquelas tidas como propriamente de saúde (MATTOS et al., 2008). No movimento sanitário, a luta pela saúde começa a se constituir em um movimento ideológico que se posiciona pela análise política das condições da vida com repercussão sobre adoecimento e morte. Nele, se desejava a renovação das bases da atenção à saúde pelo direito de acesso universal à assistência e pelo reconhecimento da promoção da saúde, a partir de ações que modificassem os determinantes sociais do processo saúde-doença (CECCIM, 2007).

A Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico da democracia brasileira, principalmente no que se refere aos direitos sociais e ao direito universal de todos os cidadãos à saúde (art. 196). A partir de então, contava-se com um marco legal que delineava o sistema de saúde brasileiro (COHN, 2009), tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1990). O atendimento integral apresentava-se no texto da constituição como: “prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo para os serviços assistenciais” (BRASIL, 1990).

Dando seguimento ao processo de criação do sistema universal de saúde brasileiro, iniciado na Constituição Federal de 1988, e também como resultado do processo de reivindicações do movimento sanitário, instituiu-se no Brasil, em 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde. Esse foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, números 8080/90 e 8142/90, nas quais se legitima o compromisso de alterar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população, garantindo o atendimento universal a todos os cidadãos (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 apresenta os princípios e diretrizes do SUS, dentre os quais se encontram a universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a descentralização político-administrativo e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990). Essa última é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

A integralidade da assistência, então, se estabelece como um princípio norteador da formulação das políticas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, o tema da atenção integral aparece apenas como um indicativo de um melhor modelo assistencial. Já na 10ª CNS, em 1996, foram retomados com mais força os debates sobre a integralidade, associando esta à idéia de satisfazer às necessidades da população. E essa preocupação permaneceu na 11ª CNS, em 2000, sendo a integralidade tratada como prioridade para o SUS (MATTOS *et al.*, 2008)

A incorporação da integralidade, nos textos da legislação, objetivava transformar o paradigma da fragmentação da saúde e superar as históricas dicotomias preventivo/curativo e individual/coletivo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Conforme Mattos (2006, p.43), a integralidade não se reduz a uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, é, outrossim, “uma bandeira de luta, parte de uma imagem-objeto, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, que são consideradas por alguns desejáveis”. A integralidade é entendida como um conjunto de valores pelos quais “vale lutar”, pois estão implicados com o ideal de uma sociedade mais justa e solidária.

Após 21 anos da implantação do SUS no Brasil, dentre os seus princípios e diretrizes, talvez a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas, ficando mais evidentes as mudanças no eixo da descentralização e do controle social, de acordo com Mattos (2004).

A integralidade vem sendo debatida, estudada e experienciada no Brasil, no entanto permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização, como afirmam Pinheiro e Guizardi (2006). Atribui-se isso às dificuldades, nas instituições de saúde, para traduzir o conceito de integralidade, de fato, nas suas práticas (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Na perspectiva em que vem sendo discutida pelos estudiosos em Saúde Coletiva no Brasil, a integralidade é apresentada como um termo polissêmico cuja característica se torna ao mesmo tempo uma fragilidade e uma potência, de acordo com Camargo Junior (2006).

Para Ceccim (2007), sua invenção aparece como abertura de uma nova esfera na compreensão do direito à saúde, pautada, de um lado, na emergência de uma escuta ativa das necessidades de saúde da população e, de outro, na participação dos usuários na construção de um sistema de saúde e de projetos terapêuticos singulares.

Segundo as autoras Pinheiro e Guizardi (2006,) a integralidade é entendida como uma prática social e política que pressupõe o reconhecimento de diferentes

visões de mundo, que respeita a diversidade e a pluralidade da realidade inerente à dinâmica social e aos movimentos dos indivíduos na sociedade.

Outra percepção é proposta por Cecílio (2006) que sugere a discussão das necessidades de saúde como eixo norteador da problematização sobre integralidade e afirma que é mister, nesse contexto, repensar aspectos da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Em pesquisas com foco na integralidade, realizadas em serviços que desenvolvem cuidados intensivos, como é o caso de unidade de terapia intensiva neonatal (BRAGA, 2006) e de unidade de emergência (CUNHA, 2007), dados revelaram que as respostas às necessidades de saúde dos usuários eram centradas na tentativa de manutenção e recuperação do funcionamento do organismo, ou seja, havia uma centralização da atenção à saúde nas necessidades de ordem biológica.

Cabe destacar, também, que, segundo indicam resultados de estudos, o modelo biomédico hegemônico vem orientando não apenas as ações de cuidado em cenários hospitalares, mas também as de atenção básica, determinando o modo de agir dos profissionais, focado somente na doença.

Indicativos da semelhança constatada entre o foco do cuidado no contexto hospitalar e na atenção básica são apresentados em pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde sobre as necessidades de saúde da comunidade. Nela, concluiu-se que o objeto do trabalho dos profissionais eram os sintomas e as doenças dos moradores os quais se constituíam na demanda espontânea do serviço (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

Os resultados das pesquisas citadas permitem inferir que a subjetividade e as expectativas do usuário são pouco valorizadas no planejamento e na realização do cuidado nos serviços de saúde de um modo geral, revelando, com isso, um dos problemas dos serviços de saúde para operacionalizar a integralidade. O atendimento integral, conforme Machado *et al* (2007), extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, devendo, por isso, ofertar uma qualidade real na atenção individual e coletiva, assegurada aos

usuários do sistema de saúde, tendo como requisito básico o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Para Ribas (2005), o exercício da integralidade pressupõe um olhar atencioso às diversas perspectivas que compõem o processo de produção de saúde: dos usuários, dos grupos de profissionais, das instituições e do sistema de saúde.

Como afirma Spink (2007), o princípio da integralidade é incontestável, ou seja, dúvidas, queixas, dores, mal-estares devem ser contextualizados e resolvidos em cooperação harmoniosa de profissões e especialidades diversas. No entanto, quando observado a partir da zona caótica das interações cotidianas, esse princípio reflete visões de mundo coerentes com seus microcontextos, nem sempre passíveis de considerar as igualmente diversas visões de mundo dos interstícios interpessoais dessas redes de acolhimento e atendimento às demandas em saúde. A mesma autora, então, defende que a integralidade, quando situada na perspectiva da subjetividade, é entendida como processo de negociação de sentidos da demanda.

Como contraponto, Camargo Junior (2007) questiona se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano, uma vez que, nessa perspectiva, corre-se o risco de uma medicalização também integral. Coloca-se frente a esse questionamento o fato de que indivíduos isolados ou até mesmo categorias profissionais inteiras são limitados para dar conta do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos. Dessa forma, o autor apresenta a atuação interdisciplinar e multiprofissional como necessidades fundamentais para a efetivação da integralidade.

Os autores Hartz e Contandriopoulos (2004) reforçam essa idéia ao informar que a integralidade remete, obrigatoriamente, à integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das organizações, em face da constatação de que nenhum serviço de saúde dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Do ponto de vista do núcleo de planejamento e gestão em saúde, a avaliação da qualidade do cuidado nos serviços e no sistema de saúde através da

integralidade, seja ela adotada como diretriz política, ideal ou objetivo, torna-se um atributo relevante a ser considerado, conforme Conill (2004). A mesma autora esclarece que, no caso do Brasil, parece predominante uma percepção ampliada da diretriz da integralidade, o que traduz, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado, havendo também a preocupação em focar os cuidados e as condições de gestão que o determinam.

O estudo e a reflexão sobre as definições que se apresentam nos artigos científicos produzidos, acrescidos das experiências neles relatadas durante a construção dessa dissertação, tornam evidente que a integralidade possui várias dimensões (relacional, organizacional, política, cultural, etc) que são influenciadas pelo contexto e que devem corresponder aos anseios dos indivíduos nele inseridos. Ela se apresenta sempre como uma conduta ética, situada no espaço social, histórico e político, com o compromisso de respeito, acolhimento e escuta nas relações entre usuário, profissionais de saúde, instituições formadoras e serviços de saúde.

Nessa pesquisa, a integralidade foi entendida como um modo ampliado de compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos o qual agrega ao conhecimento técnico um olhar sobre as dimensões sócio-culturais em que estão inseridos, considerando a contextualização da vida desses indivíduos e uma relação dialógica entre equipe de saúde e usuários da unidade de hemodiálise (MATTOS, 2004).

No contexto em que foi desenvolvida a pesquisa apresentada nessa dissertação, o cuidado realizado pela equipe de saúde foi tomado como veículo para a integralidade no atendimento ao portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Esse cuidado, de acordo com Ayres (2001), é entendido como uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir apenas a competências e tarefas técnicas.

Para Trentini *et al* (2008), o cuidado integral a pessoas com condições crônicas implica em atuação intersetorial, interdisciplinar, intraprofissional e entre os

profissionais e a população, visando ao desencadeamento de ações articuladas em grupos específicos.

O cuidado assume, nessa proposta de pesquisa, o significado de uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes (usuário e equipe de saúde), constituindo-se em acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida (LACERDA; VALLA, 2006).

3.2 NECESSIDADES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Considerando os pressupostos do presente estudo e em função do foco na integralidade, a noção de necessidades de saúde é tratada com destaque nessa revisão de literatura. O interesse aqui é trazer dela subsídios que possam encaminhar uma análise das possibilidades apresentadas por uma unidade de hemodiálise para a operacionalização do cuidado a indivíduos portadores de IRC a partir de suas necessidades de saúde.

A atenção às necessidades de saúde dos indivíduos é uma condição de direito assegurada pela Constituição Federal de 1988, seja porque, como pessoas, todos temos direito a tal atendimento, seja porque esse é o objetivo da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A revisão da literatura sugere que a expressão “necessidades de saúde” pode assumir diversos significados, de acordo com o contexto no qual ela se insere e conforme as expectativas de cada indivíduo. Além disso, foi possível perceber nessa revisão que os termos “necessidades de saúde” e “problemas de saúde” são, muitas vezes, utilizados como sinônimos, principalmente no campo do planejamento em saúde e também no ordenamento das suas práticas (STOTZ, 1991; MANDÚ, 2004; CAMPOS; MISHIMA, 2005; CAMARGO JUNIOR, 2005; CAMPOS; BATAIEIRO, 2007; BARROS; CHIESA, 2007).

Nesse estudo, torna-se relevante atentar para a diferença entre a concepção de problemas de saúde e necessidades de saúde.

O presente trabalho defende, com base na literatura consultada, que problemas de saúde não são o mesmo que necessidades de saúde. Problemas de saúde são definidos como um conjunto de critérios, embasados em saberes biomédicos, sobre o bom funcionamento do corpo humano, indicando, em geral, falhas ou desvios desse funcionamento e, conseqüentemente, presença de doença, com necessidade de intervenção médica (CAMARGO JUNIOR, 2005). Já necessidades de saúde se referem àquilo que é valorizado pelo indivíduo como relevante ou imprescindível (dependendo do grau de importância atribuído) para que ele tenha saúde, sendo seu contexto de vida a referência balizadora dos valores implicados nessa definição.

A problemática em torno da diferenciação entre “problemas de saúde e necessidades de saúde” já havia sido constatada por Pineault e Daveluy, em 1987, quando verificaram que a diferença entre esses termos encontrava-se confusa na literatura. Para Stotz (1991), essa confusão no uso das duas expressões talvez possa ser explicada pelo fato de existir uma relação entre elas.

Como alertam Pineault e Daveluy (1987), a necessidade de saúde pode ser constatada, inclusive, em uma situação na qual não exista um problema, como, por exemplo, na prevenção de alguns adoecimentos ou de fatores de risco.

Como se pode observar a partir dos autores acima citados, a tentativa de esclarecer a diferença entre problemas de saúde e necessidades de saúde data de muitos anos e se mantém nas produções científicas atuais.

Para Camargo Junior (2005, p. 92), “problemas de saúde”, expressão utilizada rotineiramente pelos profissionais de saúde, seriam as situações identificadas como passíveis de intervenção por parte da equipe, “para evitar, corrigir ou minimizar doenças claramente traduzidas pela racionalidade biomédica”. No presente trabalho, essa expressão será compreendida de acordo com a “definição” supracitada.

As diferenças entre necessidades de saúde e problemas de saúde estariam, principalmente, no arcabouço de saberes que definem e limitam os significados de

uma e de outra expressão. Necessidades de saúde seriam definidas a partir de saberes e percepções, originados no cotidiano dos usuários; problemas de saúde teriam mais relação com os saberes que compõem o paradigma biomédico.

Conforme Cecílio (2006), a construção de uma definição de “necessidades de saúde” que possa ser utilizada pelos profissionais da saúde no seu cotidiano de trabalho se constitui num desafio. O autor sugere que tal dificuldade reside, principalmente, na incontornável complexidade do conceito, que acaba limitando as possibilidades de mediação entre os sentidos de necessidades de saúde, sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores no desenvolvimento de uma atenção em saúde mais humanizada e qualificada.

Observa-se que as colocações de Campos (1969) sobre necessidades de saúde guardam certa contemporaneidade, mesmo após quarenta anos da publicação de um artigo no qual ele afirma que as necessidades de saúde se manifestam em tipos e graus diferentes, de acordo com o modelo de organização social. Conseqüentemente, as formas de seu atendimento variam conforme a intensidade da manifestação, o estágio de desenvolvimento da comunidade, o nível de percepção da necessidade pela população e a importância que ela assume para o bem-estar. O mesmo autor também alerta que, em qualquer momento, existem necessidades sentidas e não sentidas. Ambas podem ou não ser técnica e socialmente justificadas. Para Campos (1969), cabe ao profissional de saúde identificar, quantificar e valorizar a soma total de necessidades, a parcela já satisfeita e o déficit existente.

Ao buscar as definições de necessidades de saúde, especialmente nas produções científicas da saúde coletiva, constatou-se que há várias abordagens desse conceito, no entanto é praticamente unânime entre os autores que as necessidades de saúde são sociais e historicamente construídas, devendo ser captadas e trabalhadas em uma dimensão subjetiva (STOTZ, 1991; MATSUMOTO, 1999; LARA FLORES *et al*, 2000; CAMPOS; MISHIMA, 2005; CAMPOS; BATAIEIRO, 2007;). Nesse estudo, a definição de necessidade de saúde adotada segue o proposto pelos autores acima citados.

Essa dimensão subjetiva está relacionada à historicidade dos usuários, destacando sua importância como base para o planejamento e hierarquização da atenção em saúde (STOTZ, 1991; CAMPOS; MISHIMA, 2005; MANDÚ, 2004; CAMPOS; BATAIEIRO, 2007; BARROS; CHIESA, 2007; CAMARGO JUNIOR, 2005;).

Ao abordar a questão das necessidades de saúde de pessoas com adoecimentos crônicos, é importante considerar que esses indivíduos se encontram em etapas diferentes do processo de viver com uma doença crônica, o que pode influenciar também na forma como eles elencam suas necessidades de saúde. Essa ideia é reforçada por Kleinmam (1988, p.8) quando afirma:

A enfermidade crônica é muito mais do que a soma de muitos eventos particulares que ocorrem no curso de uma dada enfermidade; ela é uma relação recíproca entre a instância particular e o curso crônico. A trajetória da enfermidade crônica é assimilada ao curso da vida, contribuindo muito intimamente para o desenvolvimento de uma vida particular onde a enfermidade torna-se inseparável da própria história de vida. Assim, tanto as continuidades como as transformações levam a apreciações dos significados da enfermidade. (KLEINMAM, 1988, p.8)

Portanto, fica ressaltado que, embora o problema de saúde seja o mesmo (IRC), as necessidades de saúde dos indivíduos não devem ser homogeneizadas, pois eles apresentam particularidades no processo de conviver com um acometimento crônico.

Valorizando essa questão da relação entre as necessidades de saúde e a história dos sujeitos, Pinheiro *et al.* (2005) sugerem que a identificação das necessidades de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade requer a capacidade de escuta e de respeito à diversidade humana, cultural e social.

As necessidades de saúde foram organizadas por Cecílio e Matsumoto (1999) em uma taxonomia composta por quatro conjuntos de ideias, nomeados como: 1) necessidade de “boas condições de vida”, o que, segundo os autores, pode ser compreendido no sentido de que a maneira como se vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde; 2) garantia de acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, sendo composta por tecnologia dura, leve-dura e leve, empregadas a partir da necessidade de cada pessoa, em cada

singular momento da vida; 3) necessidade da criação de vínculo efetivo entre usuários e equipe e/ou profissional, esse deve significar referência, relação de confiança e encontro de subjetividades; 4) necessidade de cada indivíduo ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. A autonomia implicaria a possibilidade de o sujeito reconstruir os sentidos de sua vida. Essa resignificação teria impacto efetivo no seu modo de viver, agregando-se a ela a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

A taxonomia, apresentada acima, emergiu de diferentes abordagens teórico-conceituais, trazidas por Stotz (1991) e revisitadas por Matsumoto (1999), respectivamente em suas tese e dissertação. Como assume Matsumoto (1999), esta é uma taxonomia intencionalmente eclética e tem como objetivo ser mais operacional, sem perder de vista as questões individuais e sociais.

A literatura consultada destaca algumas questões referentes ao uso da noção de necessidades de saúde pelo sistema de saúde e, mais particularmente, pelos serviços de saúde. Mattos (2005), por exemplo, ressalta o aspecto do financiamento e também da visão reducionista dos técnicos do executivo da saúde. Estes tendem a utilizar basicamente critérios racionais e análises epidemiológicas para estabelecer as necessidades da área da saúde. Essa visão, focalizada nos aspectos técnicos, encontra-se vinculada à impossibilidade de uma ampla discussão sobre o volume de recursos financeiros necessários, para que o Estado possa cumprir sua responsabilidade com o direito de todos ao acesso a ações e serviços de saúde (MATTOS, 2005).

Complementando a análise feita por Mattos (2005), Silva Junior, Merhy e Carvalho (2007) consideram que o modelo tecnoassistencial vigente não se apresenta, muitas vezes, coerente com as necessidades da população.

No contexto de atenção à saúde dos indivíduos portadores de IRC, vão se desvelando as necessidades de saúde apresentadas por eles. A IRC é uma patologia irreversível, que leva o indivíduo a ser submetido a uma terapia dialítica, a fim de substituir parcialmente as funções do rim, entre elas a de remoção de líquidos

do sangue e de outros compartimentos corporais e, também, das escórias do metabolismo (BARROS *et al.*, 2006).

Como referido na literatura, são muitas as repercussões da IRC na vida dos indivíduos. Barros *et al.* (2006) afirmam que essa patologia está associada a custos pessoais, familiares, sociais e financeiros. Como a IRC pode atingir indivíduos economicamente ativos, é possível que traga como consequência, por exemplo, a impossibilidade destes se manterem no mercado de trabalho, dificultando desde a realização de projetos pessoais e ou familiares até a própria sobrevivência.

Queiroz *et al* (2008) também destacam as incômodas e contínuas alterações na vida dos portadores de IRC em hemodiálise, ao citar as restrições alimentares e hídricas, o uso permanente de medicamentos e a submissão ao tratamento hemodialítico, o que pode levá-los a se sentirem diferentes e excluídos. A maioria desses indivíduos, que dependem da terapia renal substitutiva, comparece à unidade de hemodiálise três vezes por semana e permanece por quatro horas nesse serviço de saúde, realizando o tratamento. A partir do ingresso no processo terapêutico da hemodiálise, o portador de IRC, que até então geralmente não precisava dos cuidados de outros (equipe de saúde ou família), passa a enfrentar uma realidade de dependência, necessitando constantemente da assistência de um serviço de saúde, de uma máquina e de uma equipe multiprofissional, perdendo grande parte de sua autonomia de vida (GULLO; LIMA; SILVA, 2000).

A necessidade de adaptação à condição crônica e a um tratamento que as coloca obrigatoriamente em contato regular com os serviços de saúde e com a tecnologia dura é uma realidade também vivenciada por pessoas com outros acometimentos crônicos. Nesse sentido, como afirma Canesqui (2007), conviver com uma doença crônica implica uma reaprendizagem corporal, envolvendo a proteção do corpo, a adoção de medidas preventivas, a submissão às tecnologias, a alterações estéticas, a questões morais, além da adoção de regimes médicos e de novas dietas.

Ainda com relação às dificuldades enfrentadas pelos adoecidos crônicos, Canesqui (2007) destaca que a impossibilidade de cura da doença pode interferir em várias dimensões da vida desses indivíduos e do seu contexto.

Considerando a complexidade e a diversidade de dificuldades enfrentadas por indivíduos portadores de doenças crônicas, torna-se um desafio àqueles implicados no cuidado deles, principalmente a família e os profissionais de saúde, buscar estratégias conjuntas para solucionar ou minimizar as necessidades de saúde, neles percebidas.

Nesse sentido, Trentini *et al.* (2008) propõem um modelo de atenção às condições crônicas o qual abranja tanto o âmbito interno do setor saúde, visando à prevenção, promoção e tratamento da saúde, quanto o externo, estabelecendo parcerias com outros serviços que possam auxiliar o adoecido crônico a seguir sua vida com qualidade. Ainda segundo Trentini *et al.* (2008), quando se pretende cuidar de indivíduos com acometimentos crônicos, é preciso extrapolar o modelo de atenção biomédico vigente o qual se aplica, com certa resolutividade, a pessoas com doenças agudas. Nesse sentido, é necessário buscar a participação ativa do doente, da equipe de saúde e da família, assim como a interação destes entre si e com os demais serviços (de saúde e outros).

Com relação aos métodos dialíticos disponíveis para substituição da função renal, há, atualmente, a hemodiálise e a diálise peritoneal. Em não havendo contra-indicações dentro dos parâmetros biomédicos de avaliação, a escolha do método pode se basear na preferência do indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

O transplante renal é também uma importante opção terapêutica, tanto no sentido da melhora clínica, quanto do ponto de vista social ou econômico, porém o acesso a esse tratamento é bastante restrito, devido, principalmente, às dificuldades dos processos de doação de órgãos. Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, 32.155 pacientes encontravam-se em lista de espera para transplante renal, sendo realizados, no mesmo ano, aproximadamente 2.904 transplantes de rim (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Sob o ponto de vista de financiamento, as terapias renais substitutivas geram gastos superiores a dois bilhões de reais por ano, no Brasil, sendo que, desse valor, 89,4% é custeado pelo SUS e somente 10,6% pelo subsetor suplementar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Batista *et al* (2007) criticam o emprego de uma quantidade maior de recursos financeiros nos serviços de intervenção médica (tratamento hemodialítico e transplantes) do que em situações que ampliem e qualifiquem as condições de vida dos portadores de insuficiência renal crônica. Essa realidade indica a necessidade de se atentar para a promoção da saúde e prevenção dessa doença, além de traduzir a importância de se investir naquilo que possa minimizar o impacto da condição crônica que a IRC resulta na vida destes indivíduos. A lógica de financiamento das ações de saúde segue uma racionalidade que vai ao encontro do modelo biomédico, no entanto na Constituição Federal o direito a saúde abrange todos os níveis de atenção.

O Estado prevê alguns benefícios aos portadores de IRC, provavelmente por reconhecer que, na trajetória da doença, é bastante provável que se tornem incapazes para o trabalho e que seu poder aquisitivo diminua. Aos indivíduos com IRC é assegurada por lei, por exemplo, a concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2007). Outros benefícios públicos concedidos são passe livre (transporte coletivo gratuito as pessoas comprovadamente carentes), passe livre interestadual, benefício de prestação continuada (pagamento de salário mínimo, sem limite de idade, aos portadores de deficiência ou de enfermidade crônica sem condições econômicas de se manterem, ou de terem sua subsistência mantida pela família), programa de medicamentos de alto custo e isenção de imposto de renda, concedido aos já aposentados (BATISTA *et al*, 2007).

Todos os serviços de saúde que oferecem o tratamento dialítico são regidos por um regulamento técnico, chamado Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N^o. 154, de 15 de junho de 2004, no qual ficam estabelecidos os critérios e parâmetros para o funcionamento e avaliação desse tipo de serviço, com o objetivo principal de reduzir os riscos aos quais ficam expostos os usuários (BRASIL, 2004a).

Na RDC 154, estão estabelecidos os recursos humanos necessários a um serviço de diálise que deve contar com responsáveis técnicos pela área médica e pela enfermagem e dispor, no mínimo, dos seguintes profissionais: dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, assistente social, psicólogo, nutricionista, auxiliar ou técnico de enfermagem de acordo com o número de pacientes, auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para reprocessamento dos dialisadores e funcionário exclusivo para limpeza (BRASIL, 2004a).

O dimensionamento de profissionais da saúde para um programa de hemodiálise precisa ter, em cada turno, no mínimo: um médico nefrologista para cada 35 pacientes; um enfermeiro para cada 35 pacientes; um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada quatro pacientes (BRASIL, 2004a).

A definição do quantitativo de profissionais necessários ao atendimento de indivíduos em hemodiálise, apontado pela RDC 154, é uma iniciativa importante para a promoção da qualidade do cuidado a ser prestado. Além disso, a obrigatória composição multiprofissional das equipes que atuam em serviços de hemodiálise parece ser um acréscimo importante na qualificação do cuidado neles prestado, principalmente porque pode promover a possibilidade de integralidade da atenção à saúde dos indivíduos em tratamento hemodialítico. O quanto cada serviço vai avançar nessa direção dependerá, dentre outros fatores, do quanto os profissionais envolvidos se engajarem no propósito de unir os conhecimentos em prol do usuário.

Dada a magnitude epidemiológica e social da doença renal crônica no Brasil e em resposta a várias demandas para a revisão do modelo de prestação de serviços de terapia renal substitutiva do SUS, o Ministério da Saúde, inicialmente focado no diagnóstico sobre a situação dessa doença no país, ampliou seu escopo de análise do problema, o que resultou na formulação de uma Política de Atenção aos Portadores de Doenças Renais (BRASIL, 2004b).

Um dos objetivos dessa Política é a reestruturação do modelo de atenção e de gestão, o financiamento e a incorporação tecnológica nos serviços de nefrologia. Nela, foi indicada a necessidade de organização da rede de atenção e da definição de protocolos técnicos e clínicos, a caracterização dos serviços de referência, a

humanização da atenção, a formação dos recursos humanos, o controle social e políticas de investimento, entre outras propostas (BRASIL, 2004b).

Nas propostas apontadas pelo Ministério da Saúde para a efetivação da Política de atenção aos portadores de doenças renais, destaca-se, nessa dissertação, devido à convergência com os objetivos da mesma, a preocupação do Ministério da Saúde em organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção. Outra estratégia para a efetivação da Política que merece destaque é a capacitação e a educação permanente das equipes de saúde, envolvidas na atenção aos portadores de doenças renais em todos os âmbitos dessa atenção (BRASIL, 2004b).

A abordagem da integralidade, na política de atenção aos portadores de doenças renais, guarda semelhanças com a proposta de atendimento integral, presente na Constituição Federal de 1988, ou seja, associação entre atividades preventivas e curativas. A “linha de cuidados integrais” encontra-se engajada também com a ampliação do acesso dos portadores de doença renal à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

No intuito de atingir os objetivos da pesquisa, foi adotado o caminho metodológico abaixo descrito.

4.1 TIPO DE PESQUISA

A investigação delineou-se como uma pesquisa qualitativa, de abordagem exploratório-descritiva. Como refere Minayo (2007), a pesquisa qualitativa visa compreender as lógicas internas de grupos, instituições e atores, sendo seu universo o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam. Tais características se mostram coerentes com o objetivo geral e as questões norteadoras desse trabalho uma vez que se buscou analisar as possibilidades de integralidade em uma unidade de hemodiálise, considerando a visão dos profissionais que integram a equipe de saúde e dos usuários.

A abordagem de investigação, chamada de exploratório-descritiva, é, como indica Vasconcelos (2002), um tipo de pesquisa que apresenta focos mais amplos e abertos para a investigação de fenômenos e processos pouco conhecidos ou passíveis de várias perspectivas de interpretação. Ainda conforme esse autor, nos estudos exploratórios há sempre o interesse relacionado ao desvelamento de uma determinada realidade empírica desconhecida ou ao debate teórico, implicado na interpretação da realidade em foco.

Considerando que a partir da revisão de literatura, realizada no desenvolvimento desse trabalho, ficou evidenciada a escassez de estudos que, sob o eixo da integralidade, se reportassem ao cuidado em unidades hospitalares, entendeu-se que esse delineamento estava em conformidade com a pesquisa

proposta, no sentido de propiciar a exploração do fenômeno estudado, gerando novos conhecimentos sobre ele.

4.2 CAMPO DA PESQUISA

O trabalho de campo centrou-se na unidade de hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS (HCPA). O HCPA é um hospital escola, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e integra a rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2007).

Essa instituição se constitui em um espaço de ensino para alunos de nível técnico, graduação e pós-graduação, além de promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas. Ao longo do tempo, o HCPA tem conquistado reconhecimento como centro de referência em atenção à saúde, recebendo usuários do Sistema Único de Saúde e do subsector suplementar.

O Serviço de Nefrologia do HCPA presta assistência a indivíduos adultos, portadores de doença renal crônica ou aguda, a nível ambulatorial, e também a indivíduos internados em unidades clínicas ou cirúrgicas do hospital que necessitam da terapia de substituição da função renal (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal).

A unidade de hemodiálise, que compõe o Serviço de Nefrologia, tem capacidade para atender diariamente cerca de 38 indivíduos em tratamento hemodialítico, igualmente distribuídos nos turnos da manhã e tarde. Os portadores de IRC em hemodiálise utilizam esse serviço de saúde geralmente três vezes por semana ou conforme regime terapêutico prescrito.

Em abril de 2008, a unidade de hemodiálise prestava atendimento a 57 indivíduos portadores de insuficiência renal crônica que realizavam programa regular de hemodiálise a nível ambulatorial, deslocando-se para tal de seus domicílios,

situados na cidade de Porto Alegre, em cidades da região metropolitana ou em outros municípios no interior do estado, próximos à capital.

No mesmo período desse ano, as vagas para realização de hemodiálise no HCPA estavam ocupadas em 84% dos casos por usuários, vindos de seus domicílios, e 16% por indivíduos internados, na mesma instituição, em virtude de patologias clínicas ou cirúrgicas, necessitando de tratamento hemodialítico.

A unidade de hemodiálise presta atendimento das 7h às 19h15min, de segunda-feira a sábado. Aos domingos ou após as 19h15min, permanece de sobreaviso uma equipe destinada a atender situações de urgência e também aquelas em que a demanda por tratamento hemodialítico seja maior do que a capacidade de atendimento em horário habitual.

O custeio das sessões de hemodiálise dos indivíduos, atendidos em nível ambulatorial, é, em 80% dos casos, financiado pelo SUS, e o restante pelo subsetor suplementar.

A unidade de hemodiálise conta com uma equipe multiprofissional, composta por quatro enfermeiras, quinze técnicos de enfermagem, dois médicos nefrologistas, um médico residente, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, sendo as últimas três profissionais atuam sob regime de consultoria.

A escolha por esse campo de estudo se justifica pelo fato de essa unidade ser um dos serviços de saúde de referência no tratamento de doenças renais no Rio Grande do Sul e por ser o local de atuação profissional da pesquisadora.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram, como sujeitos desse trabalho, 24 indivíduos, sendo oito usuários da unidade de hemodiálise e dezesseis membros da equipe de saúde que prestavam assistência aos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise no HCPA no momento da pesquisa.

Para o dimensionamento da quantidade de sujeitos que deveriam tomar parte na pesquisa, seguiu-se o proposto por Bauer e Gaskell (2002, p.71). Os autores argumentam que, normalmente, em estudos qualitativos “há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de analisar [...] este limite é algo entre quinze e 25 entrevistas”.

Como afirma Minayo (2007), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Da mesma forma, Polit, Beck e Hungler (2004) sustentam que, na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações, não havendo a preocupação com generalizações, mas com adquirir um entendimento profundo do fenômeno de interesse.

A coleta de dados foi realizada em ambos os turnos de trabalho (ver quadro 1), com todos os médicos, todas as enfermeiras, com a nutricionista, a psicóloga e a assistente social. Com relação aos técnicos de enfermagem, em virtude de o número de profissionais ser maior, optou-se por selecionar de forma intencional seis indivíduos que, por meio de suas ações, demonstrassem sensibilidade para a prática da integralidade no cuidado em hemodiálise. Isso porque, no conjunto de técnicos, considerou-se que estes seriam os sujeitos com melhores condições para refletir sobre as possibilidades da realização dessa prática naquele serviço.

Para realizar a escolha desses sujeitos, contou-se com o auxílio de uma informante-chave, membro da equipe de enfermagem, que conhecia bem o grupo de técnicos de enfermagem e que, igualmente, mostrava-se sensível à prática da integralidade no contexto do estudo, além de estar familiarizada com os objetivos da pesquisa.

Formação inicial	Formação complementar (*)	Tempo de atuação em hemodiálise
Enfermagem	Especialização em nefrologia e administração hospitalar	03 anos
Enfermagem	Especialização em nefrologia	07 anos
Enfermagem	Especialização em nefrologia	11 anos
Enfermagem	Especialização em nefrologia	13 anos
Técnico em enfermagem	Graduação em Fonoaudiologia	07 anos
Técnico em enfermagem	-	10 anos
Técnico em enfermagem	Cursando Graduação em História	10 anos
Técnico em enfermagem	-	10 anos
Técnico em enfermagem	-	12 anos
Técnico em enfermagem	Cursando Graduação em enfermagem	09 anos
Serviço social	Especialização e Mestrado em Serviço Social	04 anos
Psicologia	Especialização em psicoterapia psicanalítica e Mestrado em Ciências Médicas (ênfase em psiquiatria)	02 anos
Nutrição	Mestrado em Ciências Médicas (ênfase em nefrologia)	15 anos
Medicina	Residência em Medicina interna e cursando residência em nefrologia	07 anos
Medicina	Residência em Medicina interna e nefrologia. Mestrado em Ciências Médicas (ênfase em nefrologia)	14 anos

Quadro 1 – Características dos profissionais participantes da pesquisa, Porto Alegre, 2008.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

* Nesse estudo, foi considerada formação complementar os cursos de pós-graduação (*Latu Sensu* e *Stricto Sensu*) e residência para os profissionais de nível superior. Para os profissionais de nível médio foram considerados os cursos de graduação, visto que a instituição desenvolve um programa de educação em serviço que promove e disponibiliza aos funcionários capacitações sistemáticas, portanto seria inviável listar as atividades realizadas por cada sujeito da pesquisa.

Para totalizar a amostra de 24 sujeitos, foram selecionados oito usuários do serviço (quatro no turno da manhã e quatro no da tarde) que atendiam aos critérios de inclusão e representavam os dois turnos. Ao transpor essa lógica de amostragem para o momento da coleta dos dados, confirmou-se que ela satisfaz os objetivos do estudo.

Como critério de inclusão para participação do usuário na pesquisa, foi levado em conta o fato de este estar a, no mínimo, seis meses realizando o tratamento hemodialítico na unidade estudada. Esse período mínimo de convivência com a equipe de saúde e a instituição foi considerado necessário para subsidiar os depoimentos.

Na seleção dos usuários, procurou-se contemplar a diversidade de perfis dos que costumavam utilizar o serviço de saúde pesquisado. Foram, então, selecionados indivíduos do sexo masculino e feminino, com faixas etárias diferentes, procedentes e não procedentes de Porto Alegre, com atividade laboral e sem atividade laboral remunerada (ver Quadro 2). A seleção desses usuários foi, portanto, intencional e orientada pelos interesses da pesquisa.

Usuários característica	US. 1	US. 2	US. 3	US. 4	US. 5	US. 6	US. 7	US. 8
Sexo	F	M	M	F	F	F	M	M
Idade (anos)	64	34	80	55	46	32	58	46
Procedência	Viamão	Porto Alegre	Porto Alegre	Viamão	Porto Alegre	Canoas	Viamão	Porto Alegre
Atividade laboral remunerada	não	sim	não	não	não	Não	sim	sim
Tempo que faz tratamento hemodialítico	02 anos e 07 meses	02 anos e 05 meses	03 anos e 10 meses	01 ano e 10 meses	13 anos	03 anos	03 anos e 10 meses	12 anos e 01 mês

Quadro 2 – Características dos usuários participantes da pesquisa, Porto Alegre, 2008.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

F: feminino M: masculino

Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, seus nomes foram substituídos por letras e números. As letras “US”, seguidas de números sequentes, identificam os usuários; as letras “ES”, também seguidas de números sequentes, a equipe de saúde. Essa forma de identificação será utilizada tanto nos capítulos de análise, a seguir, quanto nos artigos ou comunicações científicas que divulgarão os resultados desse trabalho.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril a julho do ano de 2008, sendo realizada através de entrevista individual semi-estruturada. As entrevistas foram orientadas por um roteiro, definido a priori, mas utilizado de forma flexível, para dar possibilidade aos entrevistados de construir narrativas das suas vivências sobre o fenômeno estudado.

Foram elaborados roteiros de entrevistas distintos para a coleta dos dados junto à equipe de saúde (Apêndice A) e usuários (Apêndice B). Procurou-se manter um mesmo fio condutor em ambos os instrumentos, considerando, porém, algumas particularidades referentes à organização do trabalho, no caso das entrevistas dirigidas à equipe de saúde.

As entrevistas foram agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade dos participantes, e realizadas em local reservado na unidade de hemodiálise, sendo seu conteúdo gravado por equipamento digital, com posterior transcrição para fins de análise.

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora que contou com o apoio de uma auxiliar de pesquisa, não integrante da equipe de saúde da unidade em estudo. Os usuários e os técnicos de enfermagem foram entrevistados por essa auxiliar de pesquisa, a fim de evitar possíveis constrangimentos por parte dos mesmos ao relatar suas percepções, uma vez que a pesquisadora faz parte da

equipe de saúde estudada, prestando cuidados aos indivíduos em hemodiálise e supervisionando o trabalho dos técnicos de enfermagem. Os demais sujeitos do estudo foram entrevistados pela pesquisadora.

Antes de iniciar a coleta de dados, foram realizadas entrevistas-piloto com o intuito de testar as questões formuladas. Essas entrevistas revelaram que os participantes da pesquisa tinham dificuldade para compreender o teor das perguntas, o que resultou em modificações no roteiro inicial. Integralidade e necessidades de saúde foram expressões cujos significados se mostraram especialmente difíceis de serem entendidos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para organização e análise dos dados obtidos foi utilizada a abordagem de análise de conteúdo temática que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência, num dado contexto, signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO, 2007).

A análise de conteúdo temática, desenvolvida em três etapas, oportunizou a identificação dos achados da pesquisa. Essas etapas são respectivamente: a pré-análise; exploração do material empírico; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2007).

Na fase de pré-análise, foram realizadas as transcrições das entrevistas gravadas, sendo que da leitura do conteúdo das mesmas já emergiram algumas associações possíveis com os objetivos da pesquisa, com o que foi obtida uma visão geral dos dados.

A segunda etapa foi de exploração dos dados empíricos na qual se fez uma leitura exaustiva e uma análise dos achados da pesquisa, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nessa fase, observou-se a regularidade com que determinado dado surgia nas falas e a pertinência do mesmo em relação aos

objetivos e ao referencial teórico do estudo. Foram definidas, a partir dos eixos de análise propostos nos objetivos, duas categorias analíticas, quais sejam: (1) percepções de necessidades de saúde que guiam o cuidado em hemodiálise, (2) aproximações e distanciamentos da integralidade no cuidado em hemodiálise.

Foi utilizado o Software NVivo, versão 2.0, como instrumento para organização dos dados, feita por meio das ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (GUIZZO *et al*, 2003). O uso do Software contribuiu com a análise mantendo um banco de dados qualitativos de fácil acesso e manuseio e facilitando as associações entre os dados.

Na terceira etapa, os dados, já agrupados em categorias, foram analisados pela pesquisadora com base no referencial teórico que sustentou o processo de pesquisa. Nessa fase, produziram-se inferências acerca dos achados da pesquisa, buscando-se responder aos objetivos da mesma, apoiados na literatura científica.

Cabe relatar que o fato de haver poucos estudos sobre a temática estudada em ambientes hospitalares ou de atendimento ambulatorial especializado dificultou, de certa forma, a análise comparativa dos dados.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi assegurada e valorizada uma condução ética durante todo o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que foram seguidas as disposições da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003b) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas do Porto Alegre e, após sua aprovação (Anexo A), foi dado início à coleta dos dados.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo, sendo informados sobre sua finalidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi

lido e assinado pelos profissionais (Apêndice C) e usuários (Apêndice D) que aceitaram participar, ficando uma via dele com a pesquisadora e outra com cada participante.

No Termo de Consentimento, constavam informações referentes ao estudo, tendo sido enfatizada a preservação do anonimato dos sujeitos, bem como o direito à participação espontânea e à desistência em qualquer momento da pesquisa, sem que isso resultasse em qualquer ônus para o participante.

Os sujeitos da pesquisa ficaram cientes de que as gravações das entrevistas seriam mantidas pela pesquisadora por cinco anos e, após esse período, seriam destruídas de acordo com a Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

5 ANALISANDO AS POSSIBILIDADES DE INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM HEMODIÁLISE

Neste capítulo, serão apresentadas a análise e a discussão dos achados da pesquisa, estando estes agrupados nas seguintes categorias (eixos temáticos): percepções de necessidades de saúde que guiam o cuidado em hemodiálise; aproximações e distanciamentos da integralidade no cuidado em hemodiálise.

Na primeira categoria de análise, buscou-se responder às primeiras questões norteadoras da pesquisa, revelando as percepções dos sujeitos nela envolvidos sobre necessidades de saúde e a forma como são identificadas.

Na segunda categoria de análise, se pretendeu dar resposta às três últimas questões norteadoras do estudo, abordando tanto os elementos implicados na integralidade do cuidado em hemodiálise, quanto o entendimento dos sujeitos sobre ela.

5.1 PERCEPÇÕES DE NECESSIDADES DE SAÚDE QUE GUIAM O CUIDADO EM HEMODIÁLISE

Para desenvolver a análise sobre as possibilidades da prática da integralidade na unidade de hemodiálise estudada, decidi iniciar o processo analítico pelas percepções da equipe e dos usuários em relação às necessidades de saúde de indivíduos em tratamento hemodialítico.

O pressuposto é que tais percepções estão imbricadas no cuidado em hemodiálise, uma vez que as expectativas e as ações dos sujeitos que participam desse cenário são guiadas, em parte, pelo significado que eles atribuem à saúde e àquilo que é pessoalmente valorizado como necessário para se ter saúde.

Com relação especificamente à importância das percepções dos profissionais na forma como são constituídas as ações de cuidado, Almeida e Jucá (2002, p.888) afirmam que:

As condutas dos profissionais de saúde são orientadas a partir de percepções silenciosas, sempre reveladas em atos. Dizem respeito, na realidade, a uma experiência diária, culturalmente constituída, na qual os profissionais se encontram imersos, e que se manifesta sob a forma de posições e decisões assumidas desde o âmbito clínico até o espaço mais amplo de formulação de políticas de saúde. (ALMEIDA; JUCA, 2002, p.888)

Da mesma forma, é importante conhecer a ótica dos usuários em relação às necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos atendidos nos serviços de hemodiálise. A reflexão sobre a experiência da enfermidade e a narrativa que a sucede tem o potencial de deslocar o olhar do pesquisador para as perspectivas pessoais e biográficas dos mesmos (CANESQUI, 2007).

Apesar das entrevistas realizadas terem sido direcionadas para as percepções dos profissionais e dos usuários acerca das necessidades de saúde apresentadas por pessoas em tratamento hemodialítico, em ambos os casos as respostas ficaram centradas, inicialmente, nos problemas de saúde. Tal conclusão sugere ser este não só o foco mais imediato das ações da equipe de saúde, mas possivelmente a principal expectativa ou demanda dos usuários do serviço de hemodiálise em questão.

Com relação especificamente aos usuários, apesar de se referirem, primeiramente, à doença e às suas manifestações clínicas, quando perguntados sobre as necessidades de saúde de indivíduos em tratamento hemodialítico, suas respostas não ficaram limitadas a essas manifestações. Os sofrimentos físicos, resultantes da doença, apresentados como necessidades nas respostas, funcionaram apenas como ponto de partida para uma narrativa de desconfortos que, estando ou não vinculados à doença, impactam o bem-estar dos adoecidos.

Nesse sentido, cabe o alerta de que, ao se olhar a doença apenas pela lógica biomédica, há uma grande possibilidade de a análise sobre ela recair muito mais “na naturalização das relações entre saúde e sociedade, do que na busca do reconhecimento e compreensão dos motivos da formação das demandas por saúde no contexto social, político, cultural em que estão inseridos os indivíduos” (PINHEIRO; LUZ, 2007, p.25).

As necessidades de saúde dos indivíduos são construídas e ordenadas diariamente conforme as situações vivenciadas. Essa instabilidade das necessidades de saúde precisa ser reconhecida pelas equipes de saúde, principalmente no caso das doenças crônicas que resultam em mudanças na vida dos indivíduos e que tendem a ser duradouras. As transformações na vida dos indivíduos acometidos por doença crônica também são o alvo da análise de Canguilhem (2006, p.97): “O próprio da doença é vir interromper o curso de algo, é ser verdadeiramente crítica. Mesmo quando a doença torna-se crônica, depois de ter sido crítica, há sempre um “passado” do qual o paciente ou aqueles que o cercam guardam certa nostalgia”.

No caso dos indivíduos portadores de IRC em tratamento hemodialítico, a doença intercepta suas vidas, exigindo, obrigatoriamente, adaptações na dinâmica familiar, no trabalho, no lazer, nas condições econômicas. Tudo isso repercute na sua saúde e no conjunto de necessidades que precisam ser satisfeitas para que essas pessoas mantenham ou recuperem sua saúde.

Esses indivíduos passam, então, por alterações na sua auto-imagem, devido ao acesso vascular necessário para o tratamento; convivem com restrições alimentares e hídricas rigorosas; têm limitado seu direito pleno de ir e vir, pois só podem viajar para locais onde haja serviços de hemodiálise em que possam dar seguimento à terapia hemodialítica. Além disso, geralmente precisam abandonar o trabalho ou diminuir a carga horária, o que resulta em redução da renda familiar.

O diagrama abaixo foi construído a partir de reflexões sobre os dados advindos da pesquisa e é uma tentativa de representar graficamente a coexistência das necessidades e problemas de saúde na vida de indivíduos que convivem com um adoecimento crônico. Optou-se pela forma gráfica de uma espiral por entender que tanto os problemas de saúde quanto as necessidades de saúde estão presentes ciclicamente na vida das pessoas portadoras de doenças crônicas. A espiral de cor azul representa as necessidades de saúde, já a de cor preta simboliza os problemas de saúde.

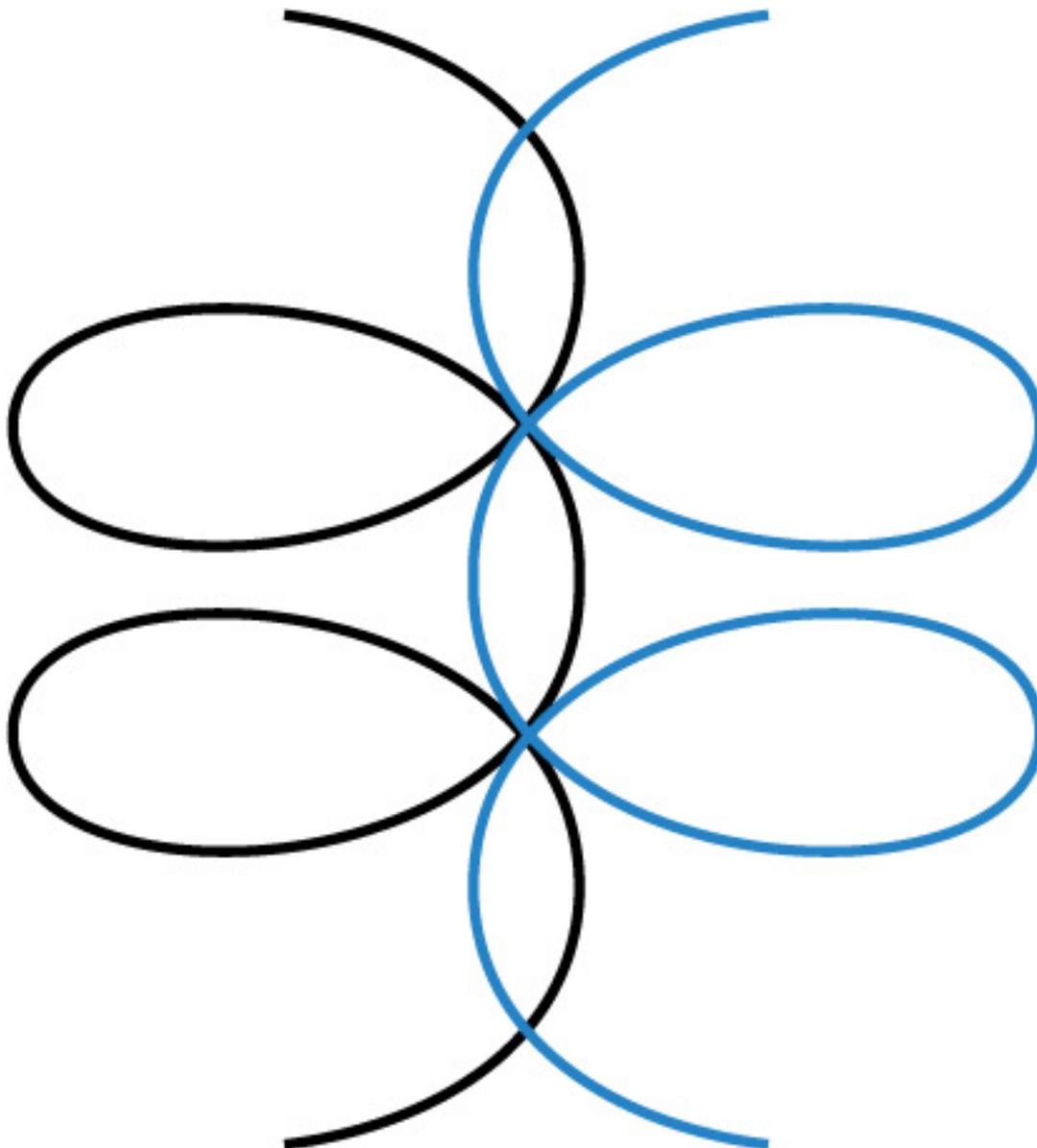


Figura 1- Diagrama demonstrativo da relação entre problemas e necessidades de saúde

Este diagrama busca ilustrar que os problemas de saúde e as necessidades de saúde são situações sujeitas a constantes mudanças. Nesse estudo entende-se que ao longo do viver com IRC os problemas e necessidades de saúde se tangenciam e em alguns momentos há a intersecção entre os mesmos. Ou seja, quando os problemas de saúde se entrecruzam com as necessidades, há um ajuste

dessas conforme as limitações impostas pelo primeiro. O “movimento” cíclico dos problemas e necessidades de saúde acompanha o indivíduo ao longo de sua vida e está condicionado ao contexto sócio-cultural no qual o usuário está imerso.

Os diversos impactos econômicos, sociais e familiares, apesar de comuns à vida de indivíduos com IRC, em função da presença de um mesmo denominador - a doença e suas manifestações - são condições que se modificam, na intersecção entre os problemas e as necessidades de saúde e conforme o modo de levar a vida de cada indivíduo.

Evidente que problemas e necessidades de saúde interagem, um gerando influência sobre o outro no sentido de resignificar, ampliar ou restringir as necessidades de saúde de acordo com a progressão dos problemas de saúde que acompanham o indivíduo com IRC em hemodiálise.

Assim, considerando que as pessoas em tratamento hemodialítico não vivenciam seus processos de adoecimento de forma igual, mesmo que a doença seja a mesma (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2007), conseqüentemente apresentando conjuntos diferentes de necessidades, torna-se extremamente importante que os profissionais mantenham uma postura de observação e de escuta do usuário em uma unidade de hemodiálise. Essa interação com o “mundo” do outro pode ser o ponto de partida para a realização de práticas de integralidade no cuidado em hemodiálise.

5.1.1 A doença como ponto de partida das necessidades de saúde do indivíduo com IRC: a ótica da equipe de saúde

A valorização dos pontos de vista da equipe de saúde estudada acerca das necessidades de saúde das pessoas em tratamento hemodialítico rendeu à pesquisa um conjunto de informações bastante úteis para a análise das possibilidades do exercício da integralidade em uma unidade de hemodiálise.

Como já mencionado, as atitudes dos profissionais são movidas, em parte, por um arcabouço de valores pessoais e profissionais, construídos ao longo da vida, e que se entrelaçam, influenciando as práticas de saúde por eles desenvolvidas.

Seguem, abaixo, exemplos de como os profissionais responderam ao questionamento sobre que necessidades de saúde os usuários do serviço apresentam:

“Ah, têm a necessidade da própria doença dele, a insuficiência renal, tem a necessidade da sua doença de base”. ES 14

“(...) Eu acho que o paciente de nefrologia é uma grande medicina interna. Ele abrange todas as áreas: pneumo, gastro, reumato, endócrino e a própria nefrologia”. ES 16

Os dados sugerem que as ações realizadas pela equipe estudada objetivam, primordialmente, controlar ou minimizar as manifestações fisiopatológicas da IRC que representam problemas de saúde a serem atendidos. Essa visão dos profissionais pode estar relacionada à possibilidade imediata e pontual de intervenção na doença, o que é viabilizado pela facilidade de acesso às tecnologias duras e leve-duras. A tendência de “relacionar as necessidades de saúde com a doença, apreendida como expressão biológica ou, no máximo, como expressão biopsíquica no corpo individual de um sujeito abstrato”, já foi evidenciada em outros serviços de saúde, como indica a pesquisa de Campos e Bataieiro (2007, p. 611).

Nesse mesmo sentido, pode-se inferir que, no contexto de um serviço de hemodiálise, no qual o uso de uma máquina é fundamental para a realização do cuidado, a possibilidade de responder, com razoável sucesso, àquelas necessidades dos usuários que não estão relacionadas ao uso da tecnologia e a procedimentos afins pode ser de difícil identificação por parte da equipe de saúde.

As falas indicam que as ações da equipe são orientadas pelo paradigma biomédico hegemônico. Na fala do profissional ES 16, é manifestada a divisão do indivíduo portador de IRC em compartimentos reconhecidos pelo saber biomédico. Essa compreensão do corpo humano, como um conjunto de estruturas organizadas em sistemas orgânicos, lembra o modelo flexineriano (PAGLIOSA; DA ROS, 2008)

que, desde a reforma sanitária, tem sido considerado como um problema a ser superado (CECCIM, 2007). Entre as críticas, aponta-se a centralização nos aspectos biológicos do funcionamento desses sistemas, a ênfase na doença e a priorização da tecnologia e das especialidades em detrimento da compreensão do contexto no qual se desenvolvem os processos de saúde-doença (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

O resultado disso é a desvalorização de que é a partir da inserção social que vão ser delineadas as possibilidades distintas do indivíduo de adoecer e de ter acesso a recursos para tratamento (PIRES, 2008).

Os dados sugerem, também, a influência do positivismo na forma como são compreendidos os processos de adoecimento e organizado o trabalho assistencial, realizado pela equipe de saúde. Essa visão reducionista dificulta, também, a identificação das necessidades de saúde dos usuários que extrapolem os limites da doença e dos desconfortos e sofrimentos visíveis no cenário do tratamento hemodialítico.

A fala de ES 08 ilustra os efeitos da fragmentação na compreensão da doença como foco principal do cuidado em hemodiálise.

“Olha, eu acho que, se ele vem aqui, é porque tá buscando corrigir uma doença”. ES 08

ES 08 parece pressupor que, em uma unidade de hemodiálise, é possível ofertar ao usuário do serviço a “correção de uma doença”, sugerindo um entendimento de doença como ‘desvio da norma’. Situação esta que fica imune ao contexto, que também não causa impactos a esse usuário e que depende apenas de uma intervenção técnica competente para retornar ao seu estado original e natural de normalidade. Aprofundando um pouco mais a análise do que diz ES 08 em resposta à pergunta sobre quais necessidades de saúde apresentam os usuários do serviço, pode-se inferir que essa normalidade que deverá resultar da intervenção da equipe para corrigir desvios assume um sentido de saúde. Parece estar aí uma representação do sujeito doente como indivíduo que, no processo de cuidar,

permanece passivo, aguardando ajuda de alguém que, em nome de determinados saberes, procura restabelecer a normalidade perdida, seja por meio de terapêuticas ou por prescrições normativas que devem ser seguidas (SOUZA; LIMA, 2007).

O olhar que é lançado aos usuários da unidade de hemodiálise busca parâmetros clínicos como base para o planejamento da atenção. Essa constatação advém das respostas ao questionamento sobre as formas utilizadas pela equipe para identificar as necessidades de saúde dos usuários, como ilustram os depoimentos abaixo:

“[A identificação das necessidades ocorre] pela própria avaliação que a gente faz quando o paciente vem para sessão de diálise, pelo aumento interdialítico excessivo [de peso], pela pressão arterial elevada e pelo não uso das medicações”. ES 03

“(...) pacientes que tu vê que não aderem à dieta, que sempre chegam pesados ou que os exames mensais são sempre ruins nos mesmos quesitos, sempre com fósforo alto, sempre com potássio alto”. ES 16

Nessa perspectiva, a IRC fica representada como algo que tem existência própria e mais ou menos previsível, independentemente de quem a vivencie. Tal visão pode favorecer uma certa naturalização do que deve sentir o indivíduo doente e do que ele precisa para ter diminuído o seu sofrimento. Essas reflexões sugerem um modelo de atenção à saúde que se encontra mais atrelado a um exercício pontual de competência do profissional na produção de um procedimento especializado do que ao cuidado em si de um indivíduo que vive com necessidades a serem satisfeitas (MERHY, 2007).

Os dados indicam que a concepção de saúde como ausência de doença é hegemônica nesse cenário, o que influencia fortemente a forma como a equipe percebe os usuários do serviço e como estes devem ser atendidos:

“O paciente de hemodiálise precisa de diálise, renal crônico precisa de diálise, e pra tá bem saudável precisa ser bem dialisado”. ES 08

A fala acima é emblemática, porque sugere a existência de uma relação entre o funcionamento adequado da máquina de hemodiálise e a recuperação da saúde.

Pensar a saúde do usuário (e suas necessidades nesse campo) apenas a partir do que se conhece sobre sua doença e, ainda, a recuperação dessa saúde como uma meta limitada ao emprego de uma máquina é uma tendência simplificadora de conceber saúde. Isso acaba por mascarar a flexibilidade e a instabilidade desse conceito para cada pessoa. Concepções de saúde são dinâmicas, sujeitas a releituras e (re) construções pelos indivíduos cotidianamente (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002). Uma outra reflexão pode surgir a partir da afirmativa acima, no sentido de que ES 08 percebe a realização da terapia dialítica como um ponto de partida da atenção em hemodiálise para a manutenção da vida, mas que existem outras questões a serem atendidas.

A lógica parece estar no atendimento da doença e da máquina de hemodiálise e de certa forma desfocalizada da pessoa doente. Como sugere Ayres (2001), isso é problemático porque, em parte, implica um distanciamento entre cuidadores e sujeitos do cuidado que dificulta os diálogos sobre saúde que, por sua vez, são os instrumentos capazes de revelar os sonhos desses sujeitos para o bem viver e para a saúde. Ainda como refere o autor, sem se dedicar a essa reflexão, a equipe de saúde fica condenada à negatividade da doença para definir saúde e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las. Como afirma Merhy (2007), essa ênfase na doença acaba por reduzir muito a dimensão cuidadora do trabalho em saúde no contexto da hemodiálise.

A análise dos dados indica que o modelo de atenção à saúde que permeia as ações da equipe estudada apresenta limitações, provavelmente não oferecendo respostas para muitas das necessidades dos usuários, assim como para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em maior ou menor grau, qualquer doença (BARROS, 2007).

Considerando o direcionamento das ações da equipe estudada para a “correção” das manifestações fisiopatológicas da doença renal crônica, faz sentido tanto o reconhecimento da essencialidade da máquina de hemodiálise nesse processo quanto a prioridade conferida ao seu funcionamento sobre quaisquer outras ações de cuidado.

Apesar das críticas que podem ser feitas à compreensão simplificada de alguns profissionais da equipe com relação às necessidades de saúde dos usuários do serviço, a análise dos dados mostra que nem todos os profissionais se posicionam dessa forma. Eles sugerem, também, que há, por parte de alguns profissionais, o reconhecimento acerca das limitações de processos de cuidado em hemodiálise que se mantêm focados na máquina, como destaca a fala de ES 02:

*“(...) acho que a equipe de saúde tá muito focada em resolver o problema do paciente segmentado. Resolver a ferida operatória, resolver o problema da pressão alta. Como nós estamos em uma unidade específica, muitas vezes as pessoas acham que é só resolver o problema da hemodiálise”.
ES 02*

É importante notar que, ao apresentar essa crítica, o profissional se coloca como um observador das ações da equipe da qual faz parte. Esse movimento talvez tenha sido necessário para viabilizar a reflexão crítica que a participação na pesquisa requeria. Essa verbalização de ES 02, embora focada na descrição de outros problemas de saúde dos usuários, denota a visão de que, mesmo o cenário de atenção sendo “específico”, deve haver responsabilidade da equipe em atender a outras demandas.

O depoimento a seguir evidencia uma posição semelhante à de ES 02 e apresenta, também, uma visão oscilante desse sujeito da pesquisa, uma vez que, em momento anterior, ele reconhece as necessidades de saúde dos indivíduos em hemodiálise como eminentemente biológicas.

“O que nós fazemos muitas vezes é “primeiro eu olho a máquina e depois eu olho o paciente”, (...) “ah, o equipamento em primeiro lugar”, mas eu não enxergo às vezes o paciente que tá do lado (...). Uma coisa que nós temos que melhorar, é justamente enxergar esse todo e não ver só o problema renal”. ES 03

Essa fala de ES 03 revela a problemática da centralização do olhar dos profissionais na máquina de hemodiálise na qual o usuário fica, muitas vezes, em papel secundário no processo de cuidado em hemodiálise. Nela, observa-se,

também, que essa atitude aparece nas falas como algo rotineiro dentro do cenário estudado.

Mesmo que a ênfase da equipe tenha sido relacionada à fisiopatologia da IRC, interpretada nesse estudo como problemas de saúde, em alguns momentos também foram lembradas as dificuldades de caráter psicológico e de apoio familiar, num reconhecimento do impacto da doença na vida das pessoas.

A sensibilização de alguns profissionais para a importância das necessidades vivenciadas pelo portador de IRC em tratamento hemodialítico, que extrapolem os sinais e sintomas da doença, pode estar relacionada à proximidade entre usuários e equipe.

“[A identificação das necessidades do paciente ocorre] com a convivência que tu tem com esse paciente, tu consegue ter um bom diálogo com ele. Primeiramente acho que é a gente conseguir observar se esse paciente muda ou não de comportamento, as atitudes que ele tem (...) porque a gente conversa com ele no início [primeiras sessões de HD] até ele ter alguma segurança ou confiança na gente. Com o tempo, eles revelam pra gente a sua situação no decorrer do tratamento, e até porque a diálise é um tratamento de muitos anos e o paciente continua na mesma instituição por muito tempo, e acaba te contando toda vida dele, tu acaba sabendo de tudo. Acho que é dessa forma que a gente consegue chegar até ele e descobrir muitas coisas”. ES 10

ES 10 descreve, na sua fala, como se estabelece a relação entre profissional e usuário do serviço, a ponto desse último revelar suas necessidades de saúde, ou seja, as transformações que acontecem na sua vida. Fica evidente que a observação do comportamento dele, no contexto do cuidado, e a escuta que aí pode se estabelecer são importantes veículos para a identificação dessas necessidades. Essa identificação é facilitada na medida em que o tempo de convívio com o usuário aumenta, como reforça a fala abaixo:

“Na verdade o paciente renal é um paciente único que a gente acaba acompanhando, conhecendo por estar três vezes por semana, vai conhecendo um pouco mais, um pouco da sua vida mesmo, da sua realidade fora da diálise, não apenas a parte médica, (...) então você acaba conhecendo a vida de cada um, as dificuldades de cada um, então através do convívio mesmo”. ES 14

A convivência constante do usuário com a equipe, em função da cronicidade da IRC, é um fator que favorece o estabelecimento de vínculo, confiança e diálogo entre os atores envolvidos no cuidado em hemodiálise, podendo resultar na integralidade do cuidado.

Os dados demonstram que alguns profissionais relacionaram os problemas psicológicos à cronicidade da doença e ao convívio com as limitações por ela impostas, indicando, inclusive, terem identificado estados depressivos nos usuários:

“(...) ele chega multinecessitado e isso afeta diretamente a qualidade de vida dele. Geralmente ele chega muito abalado, fica muito deprimido com a questão da hemodiálise, a dependência da máquina”. ES 12

“(...) o aspecto psicológico desse paciente [é uma das necessidades de saúde] porque é uma doença crônica e que ele vai levar uma vida inteira, mesmo que ele faça o transplante, mesmo assim ainda vai ter uma condição de certa forma limitada”. ES 13

“A depressão é bem frequente em função do diagnóstico de doença renal, em função da inatividade que eles ficam sem trabalhar. Ou outros [diagnósticos] psiquiátricos, que a pessoa já tinha, que ficam mais exacerbados e depois que entra em diálise muda o estilo de vida”. ES 05

Os dados sugerem um reconhecimento, por parte de alguns profissionais, do impacto da doença crônica e do tratamento no cotidiano dos indivíduos em hemodiálise. As verbalizações permitem visualizar uma certa flexibilização da relevância única e pontual das manifestações fisiopatológicas da IRC no cuidado em hemodiálise.

O comprometimento das condições psicológicas dos indivíduos em hemodiálise vem sendo estudado em pesquisas relativas à qualidade de vida desses indivíduos. Em uma revisão de literatura, realizada no ano de 2002, constatou-se que a depressão influencia negativamente a qualidade de vida de pessoas com IRC e essa foi preditora de menor sobrevida nesses indivíduos (ALMEIDA; MELEIRO, 2002). Nesse sentido, foi observado em outros estudos que o componente saúde mental (vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais) é um fator bastante comprometido nas pessoas em hemodiálise (TRENTINI *et al*, 2004; SAUPE; BROCA, 2004; MARTINS; CESARINO, 2005).

O apoio familiar também foi mencionado como uma das necessidades de saúde apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico. A atenção dispensada pela equipe à família dos usuários do serviço de hemodiálise também aparece nos dados. Observou-se que a preocupação com o apoio familiar emergiu principalmente entre os profissionais do serviço social e de psicologia, e em alguns membros da equipe de enfermagem:

“O paciente com insuficiência renal requer uma presença constante da família, até pela questão da própria alimentação, do estímulo em relação à continuidade, dessa fragilidade emocional, até inclusive, pela própria questão da sexualidade”. ES 11

“A família, eu penso, que é uma peça fundamental. Ainda mais que a família tem que ser aquele suporte fora daqui, das três vezes por semana que ele vem, a família tá o resto do tempo todo com esse paciente. Muitas vezes são pacientes que demandam muitas coisas e mudam uma estrutura familiar toda a partir de uma detecção de um problema grave desse”. ES 12

“Outra coisa importante é o acolhimento dos familiares, porque, quando tu tens um paciente aqui, o familiar tá lá fora, ansioso, preocupado, sem saber também o que está acontecendo, então acho que esse acolhimento dos familiares também é uma coisa super importante”. ES 04

Os dados mostram a preocupação em incluir a família como coadjuvante no processo de cuidado ao indivíduo com IRC e como responsável pela continuidade dos cuidados nos momentos em que ele não se encontra sob a assistência da equipe.

As doenças crônicas apresentam, como peculiaridades marcantes, a duração e o risco iminente de complicações, o que exige um esquema permanente de cuidados, dessa forma colocando em evidência o papel da família no que diz respeito às suas responsabilidades na condução do cuidado domiciliar (MARCON *et al*, 2002).

O reconhecimento de que a IRC produz necessidades para o doente que não podem ser atendidas apenas pelos profissionais de saúde, como é o caso do apoio e cuidado familiar, foi evidenciado também em um estudo com adolescentes com doença renal crônica. Assim como na presente pesquisa, o estudo com adolescentes

indicou uma representação de família como uma entidade que protege e ajuda a enfrentar as dificuldades advindas do adoecimento e que auxilia também no seguimento do plano terapêutico (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008). A família, nos adoecimentos crônicos, é um elo importante na rede de cuidados dirigidos aos indivíduos que precisam conviver com mudanças permanentes no cotidiano.

Ficou evidenciado nesse estudo que a equipe de saúde considera a fase em que o indivíduo é diagnosticado como portador de insuficiência renal crônica e inicia a terapia dialítica como sendo o momento em que o usuário apresenta diversas necessidades de saúde. A fala de ES 07 ilustra esse momento:

“Eles têm inúmeras dúvidas quando entram. Tem esse momento de que quando eles entram em diálise, as primeiras, que aí realmente eles têm que ter um suporte maior, a gente tem que conversar, tem que saber se eles sabem como é que funciona [a hemodiálise], se a família tá ali. Às vezes, eles [usuários] tão ansiosos”. ES 07

O pressuposto aqui parece ser o de que a atenção especial a um ‘usuário iniciante’ no tratamento hemodialítico se constitui numa necessidade que a equipe deve atender. A preparação do indivíduo para assumir a identidade de doente crônico e todas as responsabilidades para com o “cuidado de si”, que isso deve acarretar, é um item presente na agenda dos profissionais que atuam no tratamento de doenças crônicas. Dada a cronicidade da IRC e a total impossibilidade de controlar a doença apenas pela via do funcionamento da máquina de hemodiálise, do emprego de outras ferramentas tecnológicas e de métodos diagnósticos, torna-se imprescindível contar com a colaboração do sujeito do cuidado. Além disso, há, também, a preocupação em acolher as angústias do ‘usuário iniciante’ e suas necessidades de acompanhamento psicológico, além do suporte à família.

No entanto, o empenho da equipe de saúde em realizar as diversas orientações para o usuário possui grandes limitações, como indicado na fala abaixo:

“Porque, logo que o paciente inicia o programa de diálise, é dada uma série de orientações, mas parece que, com o tempo, assim aquelas orientações vão se perdendo assim. Eles não conseguem fixar. E aí a

gente vê coisas que acontecem assim porque o paciente não tá ainda bem orientado". ES 05

O depoimento de ES 05 permite inferir que as necessidades de informação, apresentadas pelos indivíduos que estão iniciando o tratamento de hemodiálise, são definidas pela equipe a partir de uma seleção prévia de conhecimentos tidos como importantes, para que o indivíduo incorpore, o mais rápido possível, um comportamento 'cuidador', compatível com o estágio da sua doença. A fala sugere que, em algumas circunstâncias, a tentativa de promover esse comportamento através do fornecimento de orientações não é bem sucedida, problema cuja solução estaria na retomada das orientações. Aqui fica bastante evidente a ênfase na mudança de comportamento com base numa lógica individualista, característica que se repete em outros contextos de abordagem das doenças crônicas (TRENTINI *et al*, 2008). Esse viés individualista das propostas de educação em saúde tem sido alvo de críticas, em função, principalmente, da tendência à simplificação de um fenômeno tão complexo como é o comportamento humano, reduzido, nesse caso, a algo eminentemente relacionado a competências pessoais (OLIVEIRA, 2005).

A escuta ativa dos usuários apresenta-se como uma ferramenta importante para a prática da integralidade no cuidado em hemodiálise. No contexto estudado, no entanto, pode-se inferir que nem sempre a escuta do usuário se reverte em subsídios para o planejamento do cuidado em hemodiálise, uma vez que existe um conjunto de forças que podem atuar negativamente nesse processo de transformação dos resultados da escuta em um cuidado coerente com as demandas comunicadas. Observa-se isso na fala abaixo:

"Nossa principal função [da psicologia] é escutar e a partir daí entender o paciente e entender a demanda da equipe. Porque, às vezes, a demanda da equipe não tá tão condizente com a demanda do paciente. O paciente sente de uma forma, mas a equipe vê de outra". ES 12

A mediação realizada por ES 12 entre a avaliação de seus colegas de equipe e as necessidades sentidas pelo usuário é reveladora da existência de possíveis divergências entre o que os outros avaliam como necessário e o que o sujeito acha

que precisa. No caso específico do serviço de hemodiálise, que foi campo desse estudo, um dos maiores entraves para essa operacionalização parece ser o próprio modelo de atenção - hierarquizado e organizado a partir de saberes especializados - que se constitui em um cenário no qual diálogo e co-gestão ainda estão por ter sua importância reconhecida. Semelhante realidade foi encontrada no estudo de Pietrovski e Dall'Agnol (2006).

O depoimento de ES 12 é indicativo de que, apesar de existirem espaços de escuta no cenário do cuidado, há o risco de uma simplificação desse processo, na medida em que essa escuta for reduzida exclusivamente a pedidos, tendo como resultado, apenas, a coleta de dados (HECKERT, 2007). Nesse contexto, uma escuta eficiente vai depender da qualidade da interação entre equipe e usuários a qual deverá determinar o comprometimento dos profissionais diante das necessidades de saúde elencadas pelos sujeitos do cuidado, no sentido de desenvolver uma participação destes no 'processo de cuidar', orientado por tais demandas.

A eficiência da escuta tem implicações na possibilidade de realização da integralidade do cuidado nesse contexto, principalmente porque deve resultar na responsabilização dos profissionais para com a saúde daqueles a quem cuidam. Como referido na literatura (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007), uma escuta que viabilize a integralidade do cuidado significa uma escuta adequada às demandas dos usuários, com o necessário estabelecimento de nexos contextuais e psicológicos.

A análise dos dados permite inferir, também, conforme ilustram as falas apresentadas a seguir, que a identificação das necessidades de saúde dos usuários do serviço se dá nos limites do núcleo de competência de cada membro da equipe e de acordo com a sua capacidade resolutiva. O processo de avaliação e diagnóstico das necessidades de saúde dos usuários fica, assim, restrito aos saberes que legitimam a competência de cada categoria profissional representada na equipe, o que dificulta em muito a ampliação do olhar para além das manifestações clínicas da doença e, conseqüentemente, a integralidade das ações de cuidado. Os

depoimentos abaixo são trechos de respostas dos profissionais ao questionamento sobre que necessidades de saúde apresentam os indivíduos com IRC em tratamento hemodialítico:

“Olha, o que tem vindo em termos da demanda pro Serviço Social é muito mais no sentido de poder dar resolutividade a uma solicitação de necessidades, tipo transporte, encaminhamento .” ES 11

“Em cima do diagnóstico, eu vou fazer o tratamento nutricional (...) Se a dieta é hiperproteica ou hipercalórica ou hipoproteica, então é adequada ao quadro do paciente que é o diagnóstico.” ES 13

“No caso do paciente portador de fístula, de acesso venoso, tem que ter cuidado basicamente com a fístula dele.” ES 06

Os dados sugerem que há pouca interlocução entre os profissionais, no sentido do compartilhamento de saberes que possam explicar e atender as necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, parece que, assim como na escuta a ele, existe também pouco espaço para o diálogo entre os membros da equipe na avaliação de suas necessidades em termos de saúde. Cada profissional as avalia e define individualmente, o que pode contribuir, de forma significativa, para as limitações do seu diagnóstico. Uma outra crítica possível é de que, ao contrário de uma visão ampla do processo de cuidado dos usuários do serviço, o que ocorre é o domínio exclusivo de cada profissional da sua parcela desse cuidado, ou seja, a apropriação dos profissionais seu próprio “minifúndio” (CRUZ NETO, 2003) sem uma conexão com os demais membros da equipe e com a proposta de atenção integral.

No contexto estudado, a inserção de profissionais de psicologia, nutrição e serviço social na equipe de saúde se dá em atendimentos pontuais, a partir de uma solicitação médica ou da enfermagem. Possivelmente essa forma de participação no cuidado ao indivíduo em tratamento hemodialítico gere uma objetivação do atendimento às demandas específicas da sua área de conhecimento.

Nesse sentido, entende-se que o usuário também tem seus conhecimentos e que é necessário abrir espaços nos serviços de saúde para uma troca de saberes entre estes e os profissionais, a fim de tornar viável a produção de um projeto de cuidado em hemodiálise que objetive uma atenção integral. Como refere Cruz Neto

(2003), a perspectiva da vida com saúde é algo que só pode ser possível se for constantemente reinventada, num agir compartilhado entre os diferentes saberes.

A contribuição de Franco e Merhy (2005) sobre a importância da escuta e do diálogo na produção de saúde pode ser lembrada aqui, destacando que os autores sugerem uma função educativa para esse diálogo. Para eles, é preciso manter fluxos comunicantes entre todos os atores envolvidos na produção da saúde, usuários e profissionais, associados a uma idéia comum de assistência à saúde e de cuidado, ressignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar e práticas de cuidado.

O vínculo proporcionado pela co-presença dos *mesmos* profissionais e *mesmos* usuários no *mesmo* contexto de cuidado por um período de tempo relativamente longo deveria oportunizar a ruptura de padrões pré-estabelecidos de cuidado e o reforço rotineiro de certas condutas. Mesmo havendo oportunidades para o desvelamento das condições contextuais da vida do usuário, tendo em vista a convivência contínua deste com a equipe, essas não têm sido suficientemente aproveitadas para promover a construção compartilhada de um plano terapêutico.

Como argumentado anteriormente, no contexto estudado, o paradigma biomédico é dominante e o modelo de atenção segue essa orientação. Um elemento de análise que se impõe a partir dessa constatação é a formação dos profissionais que integram a equipe estudada e a relação oferta-demanda, influenciada por essa formação. Há um elemento comum aos fatores 'formação' e 'oferta-demanda' no contexto estudado que é o objetivo de curar/ tratar especificamente a doença.

Em um serviço de hemodiálise, a demanda é bastante influenciada pela oferta de atenção à saúde pré-estabelecida para esse atendimento. Na oferta de serviços em hemodiálise, está implícito o direcionamento do cuidado para a minimização dos sinais e sintomas da IRC por meio da terapia renal substitutiva. Uma vez compreendido que a função do profissional que atua num serviço de hemodiálise é realizar ações que gerem o cuidado à doença, ficam as outras demandas dos usuários com poucas chances de serem exploradas pela equipe de saúde.

Além dos efeitos na percepção da equipe sobre o que atender, o conhecimento prévio sobre as ações de cuidado que um serviço de hemodiálise

deve oferecer também repercute nas expectativas dos usuários em relação ao serviço. A predeterminação da oferta de atendimento pode ser motivo de constrangimento para a declaração dos usuários sobre suas necessidades de saúde, ou seja, a percepção de suas necessidades pode ser condicionada pela oferta do serviço. Assim, a demanda dos usuários por um atendimento restrito às necessidades relativas ao tratamento hemodialítico pode ser reflexo de uma resposta do serviço que se apresenta restrita, justamente, ao funcionamento da máquina de hemodiálise (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

A influência da formação de especialista na atitude dos profissionais frente às necessidades do usuário do serviço aparece claramente na fala de ES 03 e expõe uma preocupação: a prioridade conferida à máquina que essa formação parece reiterar:

“Vejo assim também a questão dos alunos que vêm (fazer estágio em enfermagem em nefrologia). Lembro de uma aluna que veio direto pra cá, ela ia direto pra máquina, ela só queria aprender a máquina. Então, ela tinha uma consciência diretamente no equipamento e ela não conseguia enxergar o paciente”. ES 03

A ênfase que a formação em nefrologia dá ao funcionamento da máquina e a competência para tornar seguro seu uso é, provavelmente, uma das principais causas da produção e do continuísmo, nos serviços de hemodiálise, de uma lógica que, como sugerem os dados, praticamente exclui do cuidado hemodialítico as singularidades dos seus sujeitos, importando, apenas, atender o que parecem ser necessidades homogêneas a toda e qualquer pessoa com IRC.

Os avanços das tecnologias duras, na área da saúde e de nefrologia, contribuem para a polarização da formação na qual os aparatos tecnológicos e a doença são, muitas vezes, o foco central do cuidado. O caráter eminentemente técnico do procedimento dialítico acaba por exigir dos profissionais uma especialização e um treinamento específico que os capacitem para o manuseio da máquina e para o atendimento dos efeitos colaterais (físicos) do tratamento e da doença (CAMPOS; TURATO, 2003).

Não se pretende negar a necessidade da tecnologia dura, empregada no atendimento dos usuários do serviço de hemodiálise, uma vez que esta garante, em parte, a sobrevivência dessas pessoas. Os equipamentos têm seu valor nesse serviço de saúde, desde que resguardados os princípios técnicos e humanos indispensáveis no diagnóstico, no tratamento, na manutenção e, sobretudo, na valorização da vida (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

Como alerta Ferreira (2002), as tecnologias duras precisam ser aplicadas de forma crítica e contextualizada nos serviços de saúde, nos quais as vertentes técnica e tecnológica contribuem para a materialização do cuidado na prática cotidiana. Sem essa reflexão crítica sobre o uso dos aparatos tecnológicos pode-se imprimir impessoalidade, distância, frieza ao cuidado dispensado ao usuário, tornando a atenção à saúde desumana e o indivíduo/família desubjetivado (FERREIRA, 2002).

A máquina de hemodiálise, como outras ferramentas da tecnologia dura, é importante para o serviço de saúde, na medida em que, além de atuar como dispositivo terapêutico em benefício do usuário, também agiliza o trabalho da equipe. Ela otimiza o tempo, o que, conseqüentemente, deveria resultar na possibilidade de utilização desse tempo disponível para a realização de uma série de cuidados que as máquinas não podem fazer e que são igualmente fundamentais para a saúde desse usuário (PIRES, 2008). Cabe aqui o argumento de que integralidade e tecnologia podem coexistir em um serviço de saúde, desde que os atores envolvidos no 'processo de cuidar' pratiquem o diálogo e orientem suas ações na direção das demandas que dele emergem.

Os dados, referentes à formação e atuação dos profissionais pesquisados (item 4.3 - quadro 2), são reveladores de como se constitui a formação da equipe, composta por profissionais, na sua maioria, com nível superior e especialização na área de nefrologia. A crítica, nesse momento, é dirigida aos currículos dos cursos de pós-graduação em nefrologia, no Rio Grande do Sul, que praticamente não incluem disciplinas que contextualizem o cuidado ao indivíduo com IRC no sistema de saúde vigente, essa crítica foi desenvolvida após acessar os currículos desses cursos.

Entre os profissionais pesquisados, o tempo de atuação em unidades de hemodiálise é em média de nove anos, um período considerável de experiência que talvez influencie a delimitação do foco dos profissionais no atendimento dos problemas de saúde, evidenciados como típicos de indivíduos com IRC. A experiência profissional na área da nefrologia e os saberes aprendidos na convivência com esses indivíduos resultam numa certa naturalização em relação a quais são ou serão as possibilidades de sofrimento, vivenciadas pela maioria dos usuários do serviço.

Essa naturalização é ilustrada pela fala de ES 04 que sugere uma tendência dos profissionais a entenderem as necessidades dos indivíduos com IRC como fixas (tratamento hemodialítico, acesso vascular, restrição hídrica), o que, por sua vez, resulta num olhar unidirecional da equipe perante o usuário.

Os profissionais de enfermagem que atuam em unidades de hemodiálise possuem inicialmente uma formação generalista e, em contato com a área de nefrologia, vão incorporando os saberes do “processo de cuidar” indivíduos em hemodiálise que são estabelecidos a priori.

“Eu acho que o enfermeiro de nefrologia, de hemodiálise, tem essa coisa que é específico, que é especializado. Tu consegue, tu já conhece como é que funciona o paciente crônico, então isso é uma coisa que tu consegue desenvolver ao longo do tempo, então quando vem um paciente tu já mais ou menos sabe como é que funciona.” ES 04

O depoimento de ES 04 pode, em certa medida, explicar a restrição de espaços de escuta do usuário no contexto estudado, que é sugerida na análise dos dados. Como as condições do usuário que chega ao serviço seriam, geralmente, previsíveis, restam muito poucas dúvidas em relação ao que ele precisa receber em termos de cuidados. Nesse sentido, parece que quanto maiores as certezas sobre as necessidades, em geral, apresentadas pelos usuários atendidos na unidade de hemodiálise, menores as chances de ampliação do olhar da equipe para as suas singularidades.

Nesse sentido, entendo que a caminhada da equipe estudada, da qual faço parte, na direção da integralidade do cuidado, deve ter como ponto de partida a sensibilização dos profissionais para com o momento vivenciado pelos usuários. Dessa forma, no diálogo com esses usuários é que se delinearão os espaços e as possibilidades de respostas efetivas da equipe às suas necessidades de saúde, com consequente viabilização de um projeto de integralidade para o cuidado em hemodiálise.

Nessa perspectiva, a análise sugere que alguns profissionais da equipe estão sensibilizados nesse sentido. Porém, apesar de reconhecerem as singularidades das experiências dos usuários e das suas necessidades, ainda é bastante difícil agir de acordo, rompendo com as tradições de um serviço de hemodiálise e propondo um redirecionamento do processo de cuidar – de uma lógica de cuidado da doença para uma lógica de cuidado da saúde dos indivíduos em tratamento hemodialítico. Essa tarefa demandaria uma reflexão coletiva e um desejo de mudança, assumido pela maioria.

Na pesquisa sobre as possibilidades de integralidade no cuidado em hemodiálise, o conhecimento das percepções dos usuários sobre necessidades de saúde é fundamental, a fim de se poder analisar as diferentes óticas dos atores envolvidos no cuidado em hemodiálise. Então, a próxima subcategoria trará essa análise.

5.1.2 Transitando entre o controle da doença e as adaptações da vida com IRC: a ótica dos usuários

Conforme reiterado anteriormente, as possibilidades de integralidade no cuidado em hemodiálise dependem, em grande parte, da capacidade de escuta da equipe de saúde na sua relação com os usuários do serviço. Sem dialogar com os sujeitos do cuidado, reduz-se a probabilidade de coerência entre o que se pretende fazer para atender às necessidades do indivíduo com IRC em hemodiálise e o que ele sente que necessita.

As necessidades de saúde são produtos da subjetividade dos indivíduos na intersecção entre individualidades, identidades e contexto de vida, aí incluídos elementos como condições sócio-econômicas, crenças e valores. Tais elementos exercem influência no modo de andar a vida da pessoa, constituindo-se em aspectos por elas valorizados nas relações interpessoais e nos serviços de saúde.

Na perspectiva dos usuários do serviço de hemodiálise estudados, as necessidades de saúde de pessoas com IRC em tratamento hemodialítico, como as deles próprios, transitam entre o ideal de não ter nenhum problema fisiológico relacionado à doença e determinadas condições que se impõem como indispensáveis para uma vida com qualidade.

Assim como no caso das entrevistas com os profissionais, as respostas dos usuários ao questionamento sobre que necessidades de saúde, inicialmente, foram centradas nas dificuldades e sofrimentos circunscritos aos sinais e sintomas da IRC e ao tratamento, ou seja, o enfoque inicial recaiu sobre problemas de saúde. Seguem abaixo exemplos desse tipo de manifestação:

“Pra ter saúde completa, seria eu não ter o problema renal. É não me sentir cansado. Eu procuro, quando saio daqui hoje, eu procuro assim, aquilo [a hemodiálise] fica uma coisa pra trás. Eu me alimento normalmente, claro que não como gordura demais, não ingiro líquidos demais, tem que ser controlado, mas procuro viver assim como se não tivesse esse problema. Esqueço, vou me lembrar dele só quinta-feira que vem. E isso me faz sentir bem. Não falo nisso em casa, não se fala nisso, doença”. US 07

O depoimento de US 07 sugere uma resignificação dos sentidos de saúde. A intenção do usuário de esquecer a doença para se sentir bem, sem que isso represente necessariamente não sentir as manifestações da IRC, é reveladora do quanto os sentidos da saúde podem estar imbricados na percepção da doença. A convivência com a doença crônica exige do indivíduo não só uma adaptação da sua estrutura de vida, mas também dos significados e valores que lhes dão sustentação (CANESQUI, 2007). As limitações que a doença impõe a US 07 foram incorporadas ao seu cotidiano de vida como hábitos normais – “eu me alimento normalmente”.

Entretanto, houve o esquecimento de que esses hábitos foram adquiridos a partir dela com a finalidade de “sentir-se bem”.

A fala de US 07 descreve alguns cuidados considerados necessários para a convivência com a doença e o tratamento. Essa adequação do modo de vida às necessidades resultantes da IRC é uma atitude adotada com frequência por indivíduos que vivenciam a condição de adoecimento crônico (CANESQUI, 2007; BARSAGLINI, 2008).

O depoimento de US 07 reforça a idéia, de alguns profissionais, de que é necessário que indivíduos com IRC, que fazem hemodiálise, incorporem novos hábitos de vida em função da doença. Assim, o conjunto desses hábitos, que deve ser assumido por eles para que as medidas terapêuticas definidas pela equipe sejam bem sucedidas, fica reconhecido como necessidades de saúde, o que acaba incrementando a ótica centrada na doença e no sofrimento, gerados na sua vida. Essa centralização das restrições advindas do adoecimento crônico fica, igualmente, evidente na fala abaixo. Assim como no depoimento de US 07, US 05 também sugere um sentido de saúde produzido a partir da experiência da doença crônica. Esse usuário compreende que, apesar da doença, é possível ‘ficar bem’.

“Eu tenho que estar com o potássio baixo, não posso ingerir muita água, aí eu fico bem, aí parece assim que eu não tenho nada”. US 05

Observa-se, nessa fala, que os indivíduos portadores de IRC, gradualmente, incorporam o discurso biomédico; parte disso se deve à convivência com o linguajar técnico, estabelecido entre usuários e profissionais no cuidado em hemodiálise, e a necessidade sentida pelo indivíduo em aprender a autocuidar-se para evitar as complicações relativas ao não seguimento das restrições dietéticas prescritas.

Para US 01, a saúde de alguém que está se submetendo ao tratamento hemodialítico depende, também, da satisfação de uma necessidade de autonomia.

“Pra mim o mais importante é ter a minha saúde de novo, mesmo que eu tenha problemas eu quero ter a minha saúde de novo. É que eu frequento uma igreja, então eu tenho que ser ajudada pelos outros, pelo meu marido,

porque eu não precisava de ajuda nenhuma [antes da amputação dos membros inferiores], eu tomava meu remédio, eu tomava meu banho, mas agora eu tenho dificuldade às vezes até pra ir no banheiro. Eu gostaria de não precisar ocupar tanto assim as pessoas. Eu posso cuidar de mim ainda". US 01

Fica evidente, nesse depoimento, o anseio por recuperar a autonomia perdida ao longo do processo de adoecimento. Esse destaque à necessidade de autonomia é comum no contexto da doença crônica, como sugere outro estudo (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004). Fica explícito, também, nessa fala a diferenciação entre problemas de saúde e necessidades de saúde, uma vez que esse usuário afirma que, embora possua limitações físicas relacionadas à IRC e a amputações em membros inferiores, ainda vislumbra a possibilidade de ter saúde no momento em que conseguir resgatar sua autonomia para a realização de tarefas diárias.

Ao contrário dos dados que indicam uma compreensão de saúde 'apesar da doença', para alguns usuários o desejável estado de saúde só se estabelece em uma situação na qual não há manifestação de doença, como mencionado nas falas abaixo:

"Gostaria de não fazer hemodiálise, não ter pressão alta, não ter o vírus da hepatite C, que eu tenho. Gostaria de não ter nada disso, gostaria de ter a saúde que eu tinha quando era nova". US 04

O indicado na fala de US 04 tem, possivelmente, relação com a esperança de retornar ao estado saudável (COSTA, 2004) ou o desejo de superação das limitações impostas à vida cotidiana pelos sinais e sintomas da IRC.

Já para US 02, o acometimento crônico não é compatível com uma vida com qualidade.

"Uma doença crônica, uma coisa assim que incomoda é complicado, não tem como ficar bem". US 02

O incômodo relativo ao viver com a doença renal possivelmente se deve ao contato frequente com o ambiente hospitalar e às limitações na capacidade produtiva para o trabalho, uma vez que esse usuário é jovem, tem um emprego e, ao longo da entrevista, relata as interferências da IRC e do tratamento hemodialítico no seu

desempenho profissional. A análise permite concluir que há, entre os usuários, concepções divergentes do que seja saúde, qualidade de vida e 'sentir-se bem'.

Se por um lado alguns usuários parecem ter uma compreensão limitada do que seja saúde, entendida como ausência de doença, e atribuem significado a 'necessidades de saúde', como aquilo que é necessário para cuidar das manifestações fisiopatológicas da IRC, outros dão um sentido à saúde que não se restringe à concepção de ausência de doença.

Nessa perspectiva, os significados de necessidades de saúde não estão limitados ao cuidado exclusivo da doença. A diferença está na forma como essas necessidades são verbalizadas: o ponto inicial é a doença, porém, para falar dela, são lembradas situações que extrapolam os limites que uma máquina de hemodiálise ou um tratamento medicamentoso podem dar conta. A fala abaixo ilustra esse argumento:

"[Necessidades de saúde] são hábitos saudáveis e ser feliz. Uma alimentação, uma atividade física boa e outras coisas que completam assim, por exemplo, não ter uns problemas pra resolver, não ficar estressado. Saúde é bem estar, basicamente é bem estar, se sentir bem, viver bem. Ter um relacionamento com outra pessoa, um relacionamento afetivo legal, assim com uma companheira e uma vida sexual boa também. Acho que isso ajuda também, completa". US 08

A valorização dada por US 08 ao bem-estar, a uma vida sexual satisfatória, ao afeto, ao lazer, à atividade física, por exemplo, denotam uma compreensão de saúde para além do problema renal que o acompanha. Há um reconhecimento de que, para sua saúde estar "completa", é necessária a convivência com outras pessoas, tanto nas atividades de lazer como no relacionamento pessoal. Esse usuário convive há doze anos com a IRC e com o tratamento hemodialítico, o que deve estar influenciando sua percepção com relação à saúde e àquilo que é necessário para que uma pessoa nessa condição tenha saúde.

Ao longo dos anos de convivência com a doença, os indivíduos vão aprendendo a gerenciar os limites por ela impostos. À medida que o processo de

cronificação se desenvolve, as necessidades de saúde vão sendo gradualmente adaptadas, tanto as já existentes quanto as que vão surgindo.

Embora a tendência dos usuários tenha sido ampliar, de alguma forma, a noção de necessidades de saúde, evidenciadas nas falas dos profissionais, não ficou sem destaque a importância de um tratamento hemodialítico competente, representado pela capacitação técnica da equipe e pelo acesso à tecnologia dura.

“O que eu acho necessário para ter uma boa saúde, assim no atendimento, é o pessoal bem treinado”. US 05

“Olha, a gente tem máquinas boas, máquinas novas, e isso dá uma segurança que antigamente, logo que eu entrei aqui, as máquinas eram antigas, eram máquinas ultrapassadas, então a gente ficava meio inseguro”. US 08

“(...) eles cuidam muito bem, os aparelhos são tudo muito bons(...) eles não fazem nada sem a luva (...) não tem perigo pra infecção. Então eu acho que eles cuidam muito bem aqui na hemodiálise”. US 01

A dependência dos usuários à máquina de hemodiálise para a manutenção de sua vida é um fator que os mobiliza a destacarem a importância da competência técnica e da qualidade dos equipamentos. O acesso às tecnologias em saúde e a um tratamento seguro, de acordo com suas necessidades de saúde individuais, é um direito deles, como concluiu Matsumoto (1991) em um estudo sobre a operacionalização de um plano de atendimento à saúde de uma unidade básica de saúde, na perspectiva das necessidades de saúde.

Assim como na análise dos dados obtidos nas entrevistas com os profissionais, esse destaque, conferido pelos usuários à tecnologia, também tem relação com o que eles conhecem sobre o conjunto de cuidados ofertados por um serviço de hemodiálise. O que os indivíduos com IRC, que precisam de terapia de substituição da função renal, esperam encontrar nesse serviço é, primeiramente, a oportunidade de se submeterem ao tratamento hemodialítico por meio de uma máquina de hemodiálise que cumpra com eficácia sua função, como aparece na fala abaixo:

“Acho que o tratamento que a gente faz aqui é bom, não deixa nada a desejar, e dentro do quadro que a gente tá aqui, a gente tem o melhor, tem um tratamento bom, bem feito, acho que, fora isso, não tem mais o que fazer além do que a gente recebeu aqui.” US 08

Como referido na literatura, a centralização da produção da saúde no procedimento pode induzir à formação de opinião, entre os usuários, de que esse é o caminho para construir o cuidado. Assim, uma subjetividade vai se organizando e impondo um imaginário de demanda por procedimentos ao invés de a demanda por cuidado (FRANCO; MERHY, 2005). O argumento aqui é o de que a busca pelo serviço de hemodiálise se dá, prioritariamente, através da percepção que o usuário com IRC tem do que é ofertado por esse serviço.

Conforme recomendam Franco e Merhy (2005), é preciso desconstruir essa imagem de que a atenção à saúde (na situação aqui estudada, atenção em hemodiálise) se realiza somente com a execução de procedimentos técnicos. Em seu lugar, deve surgir a idéia de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de propor novas perspectivas aos usuários, proporcionando-lhes a segurança de que um outro modelo de atenção à saúde, também voltado para as tecnologias leves, tenha a potência de cuidar, tal como imaginam e desejam.

Outra necessidade de saúde indicada nas falas dos usuários, à semelhança dos profissionais, foram as necessidades psicológicas. Os depoimentos relatam a convivência pessoal com fragilidades emocionais, decorrentes do tratamento crônico, e a importância de um suporte psicológico:

“Isso [hemodiálise] me deixa nervosa, não vejo a hora de terminar e sair, espairar”. US 06

“Necessidade de não se deixar deprimir, porque a depressão é muita, eu vejo, eu sinto que nesse tipo de tratamento ela tá muito presente, a depressão. (...) Agora é necessário colocar que numa unidade de hemodiálise haja esse acompanhamento psicossomático para dar ao paciente o suporte emocional, que é muito importante”. US 03

Na fala de US 03, está salientada a situação de depressão que acompanha os indivíduos em hemodiálise, assim como o relatado pelos profissionais. No depoimento de US 06, fica evidenciada a situação de nervosismo gerada durante a sessão de hemodiálise. A obrigatoriedade de se manter conectado a uma máquina por quatro horas pode ser o desencadeador desse sentimento.

Alguns usuários apontam, nas suas falas, situações, que os auxiliam a enfrentar o tempo de terapia, e outros sentimentos que os acompanham nesse momento. Nos depoimentos, é possível identificar uma ênfase na ‘conversa’ (interpretada na análise como espaços de escuta), como uma necessidade dos indivíduos em hemodiálise:

“Eu acho que pra gente que tá ali, que tenham um diálogo com a gente, conversar, que a gente não fique só pensando naquele problema que a gente tá ali. Eu, por exemplo, eu tô ali, eu não penso nessas coisas, eu quero é conversar com os enfermeiros, tem um que mexe [brinca] comigo lá, então eu quero ficar alegre ali, mesmo que eu esteja com aquela máquina, eu quero estar alegre”. US 01

“Um local alegre, um local assim que não ficasse tão pesado, já devido ao tratamento e a realidade. Então a gente tenta espairar assim, tenta brincar, conversar”. US 08

Diante dessas constatações, fica reforçada a idéia de que os profissionais em uma unidade de hemodiálise devem compreender que o conforto emocional, o diálogo, o preenchimento criativo do tempo e a atenção aos indivíduos portadores de IRC se constituem numa importante parcela do cuidado em hemodiálise. A valorização da conversa, como elemento do cuidado, também foi destacada em um estudo conduzido por Pietrovski e Dall’Agnol (2006) com esses indivíduos.

Para os usuários, o fato de poderem compartilhar suas angústias com outras pessoas, sejam familiares ou profissionais da equipe de saúde, e por elas serem acolhidos em suas apreensões, por si só já resulta num certo alívio para as tensões cotidianas por que passam (BARBOSA *et al*, 1999).

As necessidades de saúde relatadas pelos usuários que participaram da pesquisa traduziram as particularidades do contexto e da história de vida de cada

um. Algumas vezes, porém, foram trazidas, nas entrevistas, necessidades de abrangência coletiva, ou seja, aquelas compartilhadas por todas as pessoas portadoras de IRC em tratamento hemodialítico. Essas necessidades diziam respeito a questões estruturais dos serviços de saúde e, também, a aspectos do relacionamento interpessoal entre os usuários do serviço e entre estes e a equipe, referidos como necessidade afeto e atenção.

“(...) uma necessidade importante do paciente da hemodiálise é o afeto. O afeto dos profissionais da saúde (...) a parte afetiva que nos dá, encoraja muito, nos dá suporte para passar três, quatro horas numa máquina”. US 03

“Eu gosto muito disso daqui, da diálise que eles fazem as coisas muito bem feitas. (...) atendem a gente muito bem, tem muita paciência, tratam a gente com carinho aqui, eu gosto muito daqui”. US 01

“[A pessoa com IRC em hemodiálise] necessita de toda atenção, necessita de uma boa alimentação, nutricionistas e até psicólogos, é o caso, né? (...) Atenção, atenção de todos é essencial”. US 02

“Ah, eu tenho meus colegas que são muito bons. Eu tenho o “X” que começou junto comigo, tá até hoje, a gente se dá bem”. US 05

Considerando as consequências de uma doença como a IRC no modo de andar a vida dos indivíduos e a permanente presença das sessões de hemodiálise nesse cotidiano, é compreensível a necessidade sentida de afeto e atenção no ambiente onde acontece o tratamento hemodialítico. Quanto maior a troca de afeto entre profissionais e usuários e entre usuários e usuários, mais sustentados estarão os espaços de escuta/diálogo e a potência do serviço para acolhê-los e dar respostas as suas necessidades. Um olhar comprometido com a vida dos indivíduos em hemodiálise pode fazer a diferença no cuidado nesse serviço de saúde.

Pessoas portadoras de doenças crônicas, em geral, vivenciam experiências semelhantes, o que as torna próximas e solidárias. No caso específico dos indivíduos portadores de IRC, que são usuários do mesmo serviço de hemodiálise,

essa aproximação é ainda maior, pois, além de conviverem com a mesma situação de adoecimento, também compartilham o mesmo contexto de tratamento (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008). Isso faz com que seja valorizado o bom relacionamento interpessoal entre usuários e com a equipe de saúde. Provavelmente esta é uma relação que já faz parte do conjunto de saberes aprendidos pelos usuários nas suas experiências em serviços de saúde, em geral, e de hemodiálise, em particular.

Além de um ambiente amigável e harmonioso, outras necessidades referentes ao serviço também foram lembradas, como, por exemplo, o acesso aos serviços de saúde e à estrutura e qualidade deles. É preciso lembrar que a experiência dos adoecidos crônicos também se molda por um conjunto de externalidades, referido em políticas sociais e de saúde, que lhes proporcionam acesso aos serviços de saúde, aos meios diagnósticos, e terapêuticos e a outros condicionantes que interferem nas suas vidas (CANESQUI, 2007). As falas abaixo ilustram essas questões:

“Necessidade de ter um posto decente, um hospital decente, isso é uma coisa necessária para um simples cidadão. É tudo isso, é tu ir num posto de saúde e ter médicos, ir num hospital e ter médicos, especialistas pra cada área, profissionais que saibam atender um paciente. Desde a entrada de um guarda até a fase final, que é o médico”. US 02

“Outra coisa também, internação, a gente vai pra emergência, paciente não devia ir pra emergência, paciente devia ir direto pro quarto (...) Fiquei lá [na emergência] cinco dias dormindo numa cadeira. Esse hospital é tão grande, eu não acredito que não tenha uma vaga, um quarto, uma cama lá, vazia. Essas coisas assim que complicam a vida. Vai pra emergência e fica lá, é brabo (...) tem gente que sofre com isso, fazer o quê”. US 08

Por conviverem com um acometimento crônico, os usuários do serviço de hemodiálise se vêem frequentemente na dependência de atendimentos em outros serviços de saúde, devido às diversas co-morbidades resultantes da doença. Essa condição faz com que esses indivíduos vivenciem cotidianamente as facilidades e dificuldades de acesso às diversas instâncias do sistema de saúde.

Nas fala de US 02 e US 08, ganham destaque aspectos que remetem a uma reflexão sobre a operacionalização dos princípios da universalidade e equidade nos serviços de saúde por eles acessados. Para US 08, a demora no acesso a um leito é um fator que gerador de tensão e sofrimento. Esse usuário relata uma realidade de atendimento que leva o indivíduo a ficar “cinco dias dormindo numa cadeira” para garantir a internação e um leito posteriormente.

Destaca-se, na fala de US 02, sua postura crítica e pertinente sobre seu direito, enquanto “um simples cidadão”, a um atendimento à saúde com qualidade. Ele elencou condições necessárias aos serviços de saúde, tais como profissionais, unidades básicas de saúde e hospitais “decentes”. Diante dessa última colocação, pode-se inferir que as condições estruturais, materiais e dos profissionais estariam implícitas na característica “decente”, informada pelo usuário. Pode-se inferir que, para US 02, essas características vão conferir a esses serviços competência para dar respostas as suas necessidades. Outro aspecto apontado pelo mesmo usuário é o de que o atendimento das necessidades de saúde não se circunscrevem apenas ao atendimento hospitalar.

É importante lembrar aqui a importância do trabalho em saúde na forma de rede e a conseqüente necessidade de inserção das equipes que atuam em serviços de hemodiálise, como partícipes no sistema de referência e contra-referência com os demais serviços de saúde e com outros serviços disponíveis, que possam atuar como coadjuvantes no ‘processo de cuidar’. Como referem Travassos e Martins (2004), o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento dos indivíduos, que procuram cuidados, e dos profissionais, que os conduzem dentro do sistema.

Ainda com relação à fala de US 02, é possível inferir que nela o usuário destaca, no conjunto de necessidades apresentadas por indivíduos em tratamento hemodialítico, a necessidade de acolhimento, de um “saber atender” por parte dos profissionais que atuam nos serviços acessados. Nela, se acha implícito o reconhecimento da importância da escuta e do diálogo, o que também aparece na análise de outras entrevistas.

Na atitude de acolhimento das necessidades de saúde, está implicada a prática da escuta ao usuário (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS; MACHADO, 2006), sem a qual fica inviável abrir o “pacote” terapêutico aos desejos e às necessidades do indivíduo portador de IRC em tratamento hemodialítico. Dar valor às percepções dos usuários sobre suas necessidades implica, também, um compromisso ético de responsabilização para com os interesses e a saúde (entendida no seu sentido mais amplo) desses sujeitos.

Na perspectiva da integralidade no cuidado em hemodiálise, é necessário auxiliar os indivíduos com IRC a reconstruir a idéia/imagem da saúde, planejando terapêuticas que valorizem aspectos da sua vida que os fazem felizes, mesmo na presença do dano renal. A perspectiva do doente deve ser privilegiada, pois ela antecede o saber científico, e a terapêutica deve respeitar o novo modo de vida instaurado pela doença, não agindo intempestivamente no sentido do retorno ao normal (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

A abertura dos profissionais e dos usuários para investir nessa transformação do paradigma de cuidado em hemodiálise é um processo que precisa ser alimentado cotidianamente pelos atores nele envolvidos. Pode surgir daí uma nova proposta de cuidado, pautada na resposta às necessidades de saúde sentidas pelos indivíduos portadores de IRC.

5.2 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO EM HEMODIÁLISE

O cuidado em hemodiálise vem sendo analisado até aqui numa perspectiva centrada na dimensão subjetiva da integralidade nesse cenário, no sentido dos significados e valores atribuídos pelos participantes da pesquisa aos elementos que constituem as experiências vividas. No presente capítulo, o foco da análise estará voltado para a percepção desses atores sobre aspectos da dimensão estrutural da

integralidade nesse mesmo contexto, levando em conta a relevância das condições dos serviços (recursos materiais e humanos, organização do trabalho, etc.) para a viabilização de práticas de saúde que possibilitem a integralidade do cuidado (MATTOS, 2007).

Os dados analisados são resultado do enfoque nas possibilidades da integralidade no serviço estudado, a partir do qual foram evidenciados os fatores que, segundo profissionais e usuários, podem influenciar na operacionalização do cuidado integral no contexto da hemodiálise.

5.2.1 Possibilidades da integralidade no cuidado em hemodiálise: entre elementos facilitadores e dificultadores

Analisar as possibilidades de integralidade em um serviço de saúde cujo foco da atenção é um cuidado específico, como é o caso do serviço de hemodiálise, implica, também conhecer o entendimento dos atores envolvidos nesse cuidado sobre o que é integralidade, sobre sua permeabilidade às práticas de saúde e sobre o que está implicado para sua efetivação, no cotidiano, da atenção à saúde dos usuários. Assim, embora a finalidade dessa pesquisa tenha sido investigar as possibilidades da integralidade no cuidado em hemodiálise, também serão analisadas, nesse capítulo, a compreensão dos sujeitos da pesquisa sobre os significados de integralidade que emergiram simultaneamente às percepções sobre as possibilidades de realização do cuidado hemodialítico na perspectiva da integralidade.

A maioria dos profissionais que integram a equipe de saúde pesquisada acredita ser possível a prática da integralidade no cuidado em hemodiálise. Já, na percepção da maioria dos usuários, o serviço de hemodiálise não teria condições de oferecer-lhes um cuidado integral, sendo que apenas um deles considerou isso possível.

A análise dos dados sugere que o entendimento sobre a integralidade do cuidado em hemodiálise oscila entre as conotações de atendimento pleno dos

problemas de saúde e os aspectos relativos ao relacionamento interpessoal entre usuários e equipe.

Para alguns profissionais da equipe estudada, a possibilidade de integralidade no cuidado em hemodiálise é viabilizada a partir da atenção conferida a aspectos clínicos do tratamento hemodialítico. Por exemplo, perguntado sobre as possibilidades de integralidade no cuidado em hemodiálise, ES 16 respondeu:

“Sim, acho que a gente consegue ver ele [o paciente] como um todo, ajudar no que tá dentro do alcance. É possível sim [trabalharmos na perspectiva da integralidade do cuidado] porque, a maioria [das demandas dos usuários] são queixas relacionadas à própria doença, que a gente acaba identificando o problema e acaba tratando, ou com receita, ou pedindo algum exame, vendo aquele exame e tratando a partir do exame. E coisas mais específicas, se a gente não consegue resolver, encaminha para as especialidades.” ES 16

Na fala de ES 16, fica explícita uma concepção de integralidade numa perspectiva biomédica. A descrição, mais ou menos detalhada dos elementos que devem compor o cuidado ao usuário - “queixas”, “receita”, “exame” - de forma a manter sob controle as manifestações da IRC, parece ser uma tentativa dele para formular uma definição para integralidade do cuidado, como “cuidado como um todo”. Os dados sugerem que esse “todo”, referido no depoimento, tem relação com a totalidade de procedimentos terapêuticos realizados enquanto o usuário se submete à hemodiálise ou ao encaminhamento para outras especialidades médicas.

A visão centrada no procedimento hemodialítico seguiu na fala abaixo, como se pode observar:

“Acredito que é possível sim [realizar um cuidado integral na hemodiálise]. É desde o paciente chegar, tu receber ele, ele é orientado, todas as ações de lavar o braço, de procurar a sua poltrona, identificar o seu filtro. Antes disso, nós também temos o compromisso de identificar se os filtros estão corretamente identificados para o mesmo paciente. Já começa aí essa integralidade no cuidado. É tá atento pra qualquer tipo de intercorrência que acontece no paciente. É atender as intercorrências, desde a admissão até a demissão dele da unidade”. ES 08

A fala de ES 08 repete uma tendência dos depoimentos dos profissionais. Quase sempre o cuidado ao usuário do serviço é descrito num formato que se assemelha a um *check-list*, uma espécie de descrição, passo a passo, do conjunto de ações e procedimentos técnicos que devem compor o cuidado aos indivíduos com IRC em tratamento hemodialítico. Essa fala dá a entender que, independente de quem seja o usuário, as ações de cuidado já se encontram pré-agendadas. Nesse sentido, vale lembrar que a integralidade do cuidado em hemodiálise requer, sim, domínio técnico, clínico e tecnológico (duro), mas, invariavelmente, convoca os profissionais a situar o usuário em seu contexto de vida, valorizando essa situação singular, como um componente importante da atenção à saúde que é desenvolvida nos serviços de hemodiálise. Além disso, na concepção de ES 08, a pretensa integralidade fica restrita ao tempo, ao espaço e às necessidades do tratamento hemodialítico (e não do usuário), desde a “admissão até a demissão” do usuário do serviço.

Não há indicativos no conteúdo das falas acima de que os usuários do serviço possam apresentar necessidades de saúde que não estejam relacionadas à doença e ao tratamento. Também não há referência de que, mesmo as necessidades de saúde vinculadas à doença, possam se manifestar fora dos limites do serviço de hemodiálise. Uma outra limitação sugerida na manifestação de ES 08, que tem a ver com o caráter simplificado da sua concepção de integralidade, é a sugestão de que a equipe de saúde que atua no serviço pode desenvolver, sozinha e sem uma articulação com a rede, um projeto de integralidade no cuidado.

O entendimento de integralidade, no sentido de “cuidado como um todo”, também apareceu com destaque em uma outra pesquisa, igualmente realizada no contexto hospitalar. Nela, Cunha (2007) argumenta que, no espaço hospitalar, a integralidade é, na maioria das vezes, compreendida como uma abordagem holística, no sentido do atendimento do sujeito do cuidado como um todo. Os pesquisadores concluem que o foco parece ser o indivíduo como um todo, mas, contraditoriamente, tomando esse “todo” de forma parcial, como o conjunto de necessidades passíveis de serem atendidas no âmbito do hospital.

Do ponto de vista semântico, a relação estabelecida pelos profissionais entre a integralidade e “cuidado com um todo” está adequada, pois integral significa inteiro, total, completo (LAROUSSE, 1992). Como observa Teixeira (2007), é geralmente em torno desse sentido simples e geral que se dá a variação dos sentidos da integralidade no campo da saúde.

Uma questão a ser considerada a partir dos dados e com embasamento na literatura (CAMARGO JUNIOR, 2007), é o risco dessa visão totalizante, instituída na compreensão de integralidade “como um todo”. O problema, então, fica sendo o seguinte: existe a possibilidade ou é desejável um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano, uma vez que, nessa perspectiva, há o risco de uma medicalização também integral?

A análise dos dados indica que, além das perspectivas limitadas sobre que necessidades de saúde podem apresentar os usuários do serviço e sobre os sentidos de integralidade, é possível encontrar, na equipe, entendimentos mais amplos. ES 06, por exemplo, entende que é possível realizar um cuidado em hemodiálise na perspectiva da integralidade e que isso não depende, apenas, de cuidados clínicos e procedimentos técnicos:

“Eu creio que [o cuidado integral] é possível sim. (...) não olhar assim só o paciente assim como um corpo ali que tá com duas agulhas ou tá com um acesso venoso, fazendo hemodiálise. Que eu vou lá, vejo somente a pressão dele e se ele tiver algum outro sintoma, pego e faço a medicação prescrita pelo médico. Acho que não é só isso que a gente tem que fazer”.
ES 06

Interessante notar que, mesmo em depoimentos nos quais a noção de integralidade parece ser mais ampla, como no acima, inicialmente permanece o destaque nos detalhes do ‘processo de cuidar’, circunscritos ao tratamento hemodialítico.

A fala de ES 06 segue, enfatizando as tecnologias leves - escuta e diálogo - como dispositivos implicados na integralidade do cuidado ao usuário do serviço.

A gente tem que chegar, conversar, perguntar pro paciente como é que tá se sentindo. Perguntar, às vezes, até pela família, se tá tudo bem em casa. Se tá tendo alguma necessidade ou passando por alguma necessidade econômica, uma coisa assim. Claro que eu não vou resolver o problema dele, mas, de repente, se ele falar, a gente pode tentar compartilhar com a equipe esse problema do paciente". ES 06

Apesar de reconhecer os limites da equipe para intervir com resolutividade nas situações de vida que resultam em necessidades para os usuários, ES 06 parece apostar nos benefícios do diálogo, enfatizado essa prática como importante, não só entre profissionais e usuários, mas, também, entre os profissionais da equipe.

A aposta na integralidade no cuidado é ressaltada por outro membro da equipe como se observa abaixo:

"Eu acho que [a integralidade é] muito mais do que possível, acho que é necessária, mas eu também acho que muitas vezes isso não acontece, por passar despercebido ou por negligência do paciente não falar ou por negligência da própria equipe de saúde que não identifica, porque não inspeciona ou não tá atenta". (...) ES 02

ES 02 também enfatiza a necessidade da prática da integralidade no serviço, acrescentando na sua fala uma análise das causas por que ela nem sempre está presente no serviço de hemodiálise. Da mesma forma que na fala de ES 06 (anteriormente apresentada), ganha destaque, na análise feita por ES 02, a importância de se abrir espaço no serviço para que o usuário comunique suas demandas que devem ser valorizadas no 'processo de cuidar'.

Assim como vários outros colegas, ES 02 define integralidade como 'ver o usuário como um todo', contudo esse 'todo' parece não se limitar apenas aos cuidados relativos ao tratamento, sugerindo a consciência de que as necessidades desse indivíduo podem escapar a olhares mais superficiais e focados unicamente na doença.

“Integralidade no cuidado com o paciente que faz hemodiálise é ver ele com um todo, não só filtrar o sangue dele, que é a nossa função primeira aqui, talvez. É tu conseguir discernir o que o paciente tá mais precisando naquele momento e tentar ajudar ele”. ES 02

Diante dessa fala, cabe uma reflexão sobre a importância do reconhecimento da equipe ‘do que o paciente está mais precisando’. Isso evoca a necessidade de escutar ativamente o usuário, assim como “tentar ajudar ele” demanda a construção de redes com outros serviços.

Fica evidenciado pelos dados que é preciso criar espaços no cotidiano do serviço de hemodiálise, que foi campo desse estudo, para a reflexão sobre o quanto o cuidado ali produzido vem ao encontro das necessidades de saúde dos usuários; e sobre como encurtar uma possível distância entre o que é ofertado e as demandas deles. A análise sugere que os diferentes profissionais que compõem a equipe estudada têm contribuições importantes para esse exercício reflexivo que pode ser o ponto de partida para a construção de uma concepção coletiva e plural de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007), dirigida à integralidade do cuidado em hemodiálise.

Entre os usuários que participaram do estudo, apenas um referiu que é possível a realização de práticas de integralidade no cuidado em hemodiálise, produzido pelo serviço em questão, como ilustra a fala abaixo:

“Acho que tem [possibilidade de o cuidado produzido no serviço de hemodiálise ser integral], desde que ele seja organizado naquela direção, naquele sentido e que todos os profissionais desempenhem as funções à altura do que se propõem. Sim, pra atender integralmente os pacientes, eu acho que é isso aí. É a harmonização do trabalho dos profissionais, tanto no campo prático, físico, vamos dizer, como na parte emocional, que eles transmitem a parte emocional, de modo a lhe dar uma satisfação de você (usuário) estar ali, né. É o tratamento humano, que, quando você é um paciente, você é sempre fragilizado e, você, aqui você tem um tratamento humano em toda a escala profissional, desde a chegada quando se chega aqui, quando se é recebido, até mesmo no momento quando é terminada a sessão”. US 03

Nessa fala, o usuário sugere que, para haver a integralidade no cuidado em hemodiálise, é preciso que o trabalho em equipe esteja focado nesse propósito. O depoimento sugere que, para haver integralidade, é necessário que a equipe assuma atitudes pró-integralidade, ou seja, direcione seu olhar e suas práticas para as necessidades de saúde sentidas pelos usuários.

Um aspecto importante que aparece na fala de US 03 é a relação das possibilidades da integralidade no cuidado em hemodiálise com a “harmonização do trabalho dos profissionais”. Essa visão sobre o trabalho em equipe parece refletir uma expectativa de que a partir dessa harmonização seja viabilizado um cuidado integral.

Outro aspecto relevante que emerge na fala de US 03 é o “tratamento humano”, dispensado pela equipe durante sua permanência no serviço. Essas características na relação entre os atores que se encontram imersos no contexto de atenção à saúde em hemodiálise revelam pontos importantes para a efetivação da integralidade na prática e que estão condicionados às formas como as pessoas se relacionam.

Os demais usuários que participaram da pesquisa afirmaram que a integralidade em uma unidade de hemodiálise é de difícil realização. Um dos obstáculos citados foi a especialização da equipe em nefrologia, o que resultaria na dificuldade para o atendimento das demandas por cuidados de outras especialidades (cardiologia, cirurgia vascular). Nesse caso, observa-se que os pontos de vista sobre as possibilidades da realização de um cuidado integral no serviço de hemodiálise, do qual são usuários, são orientadas por uma concepção de necessidades de saúde no plano biológico, interpretadas, nesse estudo, como ‘problemas de saúde’.

“[O serviço de hemodiálise] atende na parte da minha doença, da doença renal. Agora, fora isso, o trabalho deles, eles têm que fazer o encaminhamento. Com certeza, a gente é bem atendido aqui. Agora, eles não podem fazer pelos outros. Questão de ética... mas eles encaminham muito bem a gente pra outras unidades daqui do hospital”. US 02

“Eu acho que não [é possível ter atendidas as minhas necessidades de forma integral no serviço]. Não por causa que eu fico nervosa, eu fico

ansiosa, e eu preciso de alguma coisa que me tire isso. E aqui não tem. Como eu tenho deficiência visual, a televisão fica muito pra cima e eu já não enxergo e não dá pra levantar o volume por causa que tem gente que dorme. E assim, é chato ficar quatro horas sentada numa cadeira". US 06

"Aqui é só mesmo a hemodiálise. Daqui eles te mandam, eles dão o papelzinho pra ti ir num outro médico aqui mesmo no Clínicas. Aí tu vai no [cirurgião] vascular, faz essas coisas tudo por aqui. Mas aqui dentro é só a hemodiálise". US 05

Nessas falas, fica o entendimento de que o usuário compreende que, nesse serviço de saúde, há espaço predominantemente para 'atender na parte da doença renal', o que, de certa forma, é coerente com o imaginário que se cria em torno de um serviço de hemodiálise, mas que, por outro lado, essa imagem é reforçada pela postura da equipe diante do usuário, como se pode constatar ao longo desse estudo.

Na fala da US 06, especificamente, percebe-se que o ambiente no qual ocorre o tratamento não contempla algumas necessidades especiais dos usuários, ficando, assim, explícito que as singularidades deles ficam prejudicadas em ambientes de cuidado compartilhados.

Para a equipe de saúde, as ponderações quanto à possibilidade da integralidade no cuidado em hemodiálise foram mencionadas principalmente pela assistente social, pela nutricionista e por alguns médicos que, mesmo assim, apontaram entraves para a prática da integralidade, como se observa nas falas abaixo:

"Idealmente não é possível, por que a gente não consegue atender todas as necessidades de saúde que o paciente tem, se tu for pensar na saúde no contexto biopsicosocial e em todas as necessidades que vêm junto, e não só o cuidado da doença, não é possível, a gente não tem esses recursos, a gente faz o possível com os recursos que a gente tem". ES15

Diante da colocação feita por ES 15, pode-se inferir um reconhecimento das limitações de um serviço de saúde para responder sozinho às necessidades dos indivíduos. O compromisso com a saúde deve ser assumido por diversos atores,

como aparece nessa fala. Seguindo no seu depoimento, esse sujeito da pesquisa reflete sobre outras limitações que acompanham a vida dos indivíduos, como se observa abaixo:

“Tu não pode oferecer todas as questões, o paciente tem acesso limitado à medicação, tem acesso limitado a uma adequada nutrição, (...) a gente não tem como oferecer, mas o que a gente tem, pelo menos a gente pode otimizar, racionalizar. São questões socioeconômicas do país que não tem como a gente resolver, enquanto as pessoas têm um acesso limitado a condições básicas de saúde, de higiene, que não são passíveis de intervenção pela equipe de saúde, tu pode trabalhar com orientação, com seleção dos pacientes para cada tratamento, facilitar o acesso dele a algumas informações, que ele não tem, mas a gente não tem como resolver tudo”. ES 15

Ao mesmo tempo, a fala sugere uma tentativa de isentar os profissionais de saúde da responsabilidade para com os determinantes sociais de saúde que estão implicados na qualidade de vida e no cuidado em saúde de indivíduos com IRC.

Considerando os dados analisados até aqui, parece que esta falta de compromisso para com a saúde integral é um importante entrave à presença da integralidade no cenário estudado. É igualmente relevante destacar que, muito além da responsabilidade enquanto profissional da saúde, existe a responsabilidade como cidadão, que demanda o envolvimento na busca por melhores condições de vida dos usuários do serviço, compartilhando informações, auxiliando e mobilizando estes indivíduos a reivindicarem seus direitos constitucionais.

A Constituição Federal de 1988 dá sustentação a este argumento, referendando a importância do respeito aos direitos sociais para a democratização da saúde (CONH, 2009), entendida não somente como o resultado do acesso às ações assistenciais, mas também como produto das condições de vida das pessoas (CECCIM; FERLA, 2007).

Na fala abaixo, seguem as ponderações com relação às possibilidades da integralidade em hemodiálise:

“Ajudar, sim, às vezes cuidar integralmente, não. Em função de várias dificuldades, que a gente não pode resolver a vida completa de todo mundo sem a cooperação de outros”. ES 14

ES 14 reconhece na sua fala a relação entre integralidade na saúde e o cuidado interdisciplinar (intra e inter serviços) o que sugere a consciência de que indivíduos isolados ou até mesmo categorias profissionais inteiras são limitados para dar conta do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos (CAMARGO JUNIOR, 2007). Pode-se destacar, a partir da fala de ES 14 a importância da intersectorialidade para a construção da integralidade em saúde. Na ausência de articulações intersectoriais, com a formação de redes com outros serviços, fica praticamente impossível atender as necessidades de saúde dos indivíduos (CECÍLIO; MERHY, 2007).

Desde os primeiros sentidos, designados nas diretrizes do SUS, a integralidade em saúde era colocada como a necessidade de articulação entre as práticas de prevenção e assistência, envolvendo para isso, necessariamente, a integração entre serviços e instituições de saúde (COSTA, 2004).

Para as profissionais de nutrição e serviço social a possibilidade de integralidade no cuidado em hemodiálise fica prejudicada pelo número limitado de profissionais destas áreas na instituição de saúde pesquisada. Para elas, isto se reflete diretamente nas suas disponibilidades para participar do cuidado aos indivíduos em hemodiálise.

“Não. Aqui, dentro dessa questão do Serviço Social na equipe, eu não identifico possibilidade. Eu acho que a gente peca, realmente, por uma opção institucional a não contratação de um profissional mais específico pra essa área (hemodiálise) e que, sim, precisaríamos, eu acho, dentro desse aspecto da integralidade um trabalho mais direto com a família, também essa necessidade dentro dessa proposta. Então a gente identifica, assim, que haveria “n” questões que a gente poderia fazer valer essa integralidade”. ES 11

“Eu tenho dificuldade, eu acho que eu não consigo (...) talvez se eu tivesse um tempo maior disponível, eu pudesse ajudar mais. (...) Eu não sou exclusiva da nefro, atendo os pacientes da infectologia, da cirurgia plástica e da clínica médica. Há muitos anos que eu tento ficar só exclusiva da

nefro, mas eu não consegui e isso gera um pouco de ansiedade comigo”.
ES 13

As falas da assistente social e da nutricionista revelam o acúmulo de atividades destinadas a essas profissionais dentro do hospital. Os relatos demonstram a dificuldade em atender às necessidades de saúde, muitas vezes identificadas, e, também, de não estar inserida efetivamente na equipe. A deficiência no número de profissionais de Serviço Social e Nutrição configura-se, nesse contexto, como um impeditivo da realização de um acompanhamento direcionado e continuado aos usuários da unidade de hemodiálise, como as próprias falas indicam.

Em meio às reflexões dos sujeitos da pesquisa sobre as possibilidades da integralidade no cuidado em hemodiálise, pode-se verificar que o principal ponto de convergência nas colocações dos sujeitos da pesquisa, como elemento facilitador da integralidade no cuidado em hemodiálise, foi a boa estrutura do hospital onde se encontra inserido serviço de hemodiálise.

Para os profissionais, ‘boa estrutura’ é entendida como sendo a disponibilidade de recursos materiais para a assistência, a presença de profissionais de diversas especialidades que servem de apoio à equipe mais diretamente envolvida com o cuidado em hemodiálise e a possibilidade de encaminhar os usuários ou alguns dos seus problemas para o atendimento desses profissionais.

“Eu acho que toda a parte de recursos humanos que nós temos, a possibilidade de contemplar o atendimento com os recursos humanos que a gente tem. A gente sempre consegue o apoio, seja para as necessidades nutricionais, a gente tem esse suporte, psicológicos, sociais, então, eu vejo isso como elementos facilitadores. Materiais também”. ES 03

“Aqui dentro a gente tem todas as qualidades que necessita pra gente poder trabalhar perfeitamente bem. (...) tu pode ficar mais com o teu paciente e dar esse atendimento [integral], que o hospital, ele te dá todo o material, ele te dá toda estrutura, entendeu? Pra ti poder trabalhar melhor. Material, dificilmente falta no hospital, pra nós, pro nosso trabalho. Se falta alguma poltrona, alguma coisa, a gente sempre solicita pra enfermeira, sabe... Sempre tem um retorno onde facilite pro paciente. O conforto dele e o atendimento”. ES 09

“[O que facilita são os aspectos] do ambiente de trabalho, de tempo, recursos, a gente sabe quem procurar e onde procurar, temos condições, as condições ao nosso alcance, para atender aos pacientes e as suas necessidades assim de uma maneira geral, integral”. ES 02

Observa-se, através dos dados, um reconhecimento das condições de trabalho oferecidas pela instituição como um fator que contribui para a efetivação da integralidade na prática. Torna-se mais visível, nessas falas, as possibilidades de contar com outros profissionais para dar seguimento ao tratamento do usuário portador de insuficiência renal crônica.

Os dados permitem inferir que a valorização, por parte da equipe, dos recursos materiais disponibilizados pela instituição se deve à preocupação em realizar o tratamento hemodialítico com eficiência e poder dar resolutividade às necessidades nefrológicas dos usuários com qualidade e segurança.

A possibilidade de realizar encaminhamentos para outros profissionais de saúde dentro da instituição, principalmente para especialidades médicas, foi algo citado pelos profissionais e também destacado por alguns usuários. Percebe-se a preocupação da equipe em, de alguma forma, responder à queixa do paciente. No entanto questiona-se o compromisso dos profissionais que integram a equipe do serviço de hemodiálise com a continuidade do atendimento e se a prática de encaminhamentos teria a finalidade de transferir a responsabilidade do cuidado ou se a intenção seria o compartilhamento do cuidado com outros profissionais (SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2007).

Do ponto de vista dos usuários, os elementos facilitadores, atribuídos à estrutura da unidade de hemodiálise, são compreendidos como: boas condições de higiene do ambiente, acesso a outras especialidades médicas dentro da mesma instituição, insumos materiais para assisti-los, utensílios para seu bem-estar e conforto durante o atendimento na unidade de hemodiálise, agilidade da equipe. Essas questões podem ser observadas nas falas abaixo:

“Tem ar condicionado, tem televisão, tem cadeira reclinável, se tu tá com frio, tu pede para botar um lençol, se tu tá com mais frio, tu pede para botar

um cobertor, eles botam. Ganha um lanchinho. Isso aí, pra mim, mais do que isso não precisa”. US 07

“Eu tenho a limpeza. Agora eles dão lanche, tenho a televisão pra distrair. Eles conversam com a gente, brincam o tempo todo, o pessoal lá da sala [técnicos de enfermagem e enfermeiras] (...) eu peço alguma coisa, eles tão sempre me alcançando. Tem minha doutora que passa todo dia”. US 05

“Aqui, por exemplo, é um hospital de primeira linha pra mim. Olha, a gente tem máquinas boas, máquinas novas e isso dá uma segurança. (...) e além disso tem televisão, tem geladeira, tem tudo o que a gente precisa, né. (...) tudo que é problema que eu tiver de saúde, aqui dentro eu tenho suporte aqui pra procurar ajuda, médico, exame, eu tenho tudo aqui dentro”. US 08

“Em primeiro lugar um ambiente bom, um ambiente que tenha as características de atendimento, a parte física, a parte profissional. [...] O ambiente deve ser cuidadosamente higienizado para que se tenha um bom índice de segurança na parte higiênica, porque todo o indivíduo que está em diálise ele tem enfraquecida a sua imunidade”. US 03

Pode-se inferir que os usuários da unidade de hemodiálise estudada consideraram importante, além de boas máquinas de hemodiálise e materiais, as demais condições do ambiente no qual são atendidos e as relações interpessoais, estabelecidas com os profissionais e com os demais usuários, sendo que estas últimas já foram mencionadas no primeiro capítulo da análise.

Essas constatações reforçam a importância da proposta de ambiência, trazida pela Política Nacional de Humanização (PNH) às instituições hospitalares. A ambiência hospitalar “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2004c).

Ao analisar os dados dessa pesquisa à luz da idéia de ambiência da PNH, pode-se considerar que a unidade de hemodiálise estudada configura-se em um espaço onde a confortabilidade para os usuários e equipe de saúde está em parte contemplada, como demonstrado nas falas anteriores.

Todos os usuários entrevistados informaram que a unidade de hemodiálise é o principal lugar onde buscam respostas para seus problemas de saúde; apenas um usuário informou que busca auxílio na igreja evangélica que frequenta.

“Então o que eu preciso é aqui mesmo [no serviço de hemodiálise e no HCPA], eu não vou a lugar nenhum”. ES 05.

“Aqui, sempre me tratei aqui. Tudo no HCPA faz 36 anos eu sou paciente do HCPA, desde minha gravidez, do meu filho mais velho”. US 04

Os dados indicam que, para esses indivíduos, o serviço de hemodiálise e o hospital ao qual o serviço está ligado são referências para a obtenção de respostas às suas demandas de saúde, sejam elas relativas ou não à IRC. A confiança depositada pelos usuários na instituição e no serviço de hemodiálise, em particular, revela que estes são representados no imaginário das pessoas como locais com capacidade de atender todas suas demandas. Reforça-se, assim, a responsabilidade da equipe que atua nesse serviço no acolhimento e atendimento das necessidades desses usuários, em articulação com a rede de serviços do setor saúde ou, dependendo da necessidade a ser atendida, externa a ele.

O trabalho em equipe foi um aspecto facilitador da integralidade bastante citado pelos profissionais e por alguns usuários. Na perspectiva da equipe, esse trabalho é fundamental para que a integralidade se concretize na prática cotidiana, no entanto ele precisa ser permeado por uma boa comunicação entre os diversos profissionais, como mostram os dados. Essa constatação aparece na resposta ao questionamento sobre os elementos que facilitam a integralidade no cuidado em hemodiálise:

“Eu acho, assim, o trabalho em equipe, eu acho que isso é o principal [facilitador]. E eu acho, assim, que tem a equipe de enfermagem envolvida, a equipe dos médicos envolvidos e a nutricionista, eu acho que tu consegue trabalhar melhor e atingir o paciente num todo. Eu acho que o trabalho em equipe é essencial”. ES 13

“Eu acho que uma boa comunicação entre a equipe, acho que isso é importante. É compromisso da equipe em atender bem, se tu tem uma preocupação de qualidade, cada um vai fazer a sua parte bem e vai tentar se comunicar adequadamente com o resto da equipe para fazer isso acontecer. (...) se tu não tem essa conversa com as pessoas, tu não consegue usar os recursos. Então cada um sabe um pouco, mas não usa isso em benefício do paciente. Então acho que as pessoas têm que ter disposição para fazer o melhor possível, ou seja, trabalhar num nível de qualidade cada vez melhor e capacidade de se comunicar e trabalhar em equipe”. ES 15

Os dados sugerem que os profissionais reconhecem o caráter multidisciplinar do cuidado em hemodiálise, valorizando esta característica como importante para a concretização da integralidade no cenário da hemodiálise. Neste sentido, o diálogo e a escuta são destacados como práticas que podem viabilizar ou tornar efetivo o trabalho multidisciplinar com vistas ao cuidado integral do indivíduo em tratamento hemodialítico. As falas abaixo reforçam essa idéia:

“(...) ter uma comunicação mais próxima, assim, que nem tem situações, assim, que falta, parece que as coisas se perdem e isso prejudica a integralidade do cuidado”. ES 05

“Acho que tem que ter muita comunicação entre as equipe também, acho que comunicação é fundamental. Não adianta tu pegar pra ti, porque o paciente não vai ficar contigo 24h. Nós temos que ter integração das equipes também, integralidade não só com o paciente, mas integração com as equipes”. ES 02

“Se eu atendo esse paciente e guardo a informação pra mim....claro, o paciente até pode melhorar, evidente, mas eu preciso trocar isso com a equipe. Então eu preciso também me dispor a fazer um atendimento integral. A gente tem que ter esse cuidado de poder ver que, pra ser integral, eu preciso ter essa visão do todo e passar essa informação adiante. Então, se isso [comunicação] não ocorre, é por alguma dificuldade de alguns membros da equipe de poder realmente contar com os outros. De poder ir atrás do profissional, de poder ver como tá a evolução daquele paciente”. ES 12

A dificuldade para a efetivação do trabalho multiprofissional num serviço de alta complexidade e onde predomina o 'especialismo', como é a hemodiálise é lembrada na fala abaixo:

"(...) mas assim muitas vezes tem vários profissionais mas nem sempre é uma equipe multidisciplinar e sim uma equipe multifragmentada por que cada um vê a sua parte. O médico vê a parte médica, o nutricionista vê a parte da nutrição e nem sempre tem uma integração". ES 14

No seu depoimento o profissional resume, de forma bastante pertinente, uma narrativa do cotidiano do trabalho que foi freqüentemente manifestada nas entrevistas com a equipe, identificada como um trabalho em que "cada um vê a sua parte".

Apesar de suas especificidades, o trabalho de cada profissional da equipe, é parte do conjunto de práticas que resulta na assistência aos usuários, que são totalidades complexas (PIRES, 2008). Portanto, não basta os profissionais partilharem a mesma situação de trabalho para se constituírem numa equipe integrada, tampouco basta estabelecerem relações pessoais cordiais para alcançarem a integração dos respectivos trabalhos especializados (PEDUZZI, 2007). A multidisciplinaridade requer fluidez na comunicação entre os profissionais e o reconhecimento das contribuições de todos no atendimento ao usuário e isto deve repercutir nas possibilidades de realização de um cuidado integral no contexto da hemodiálise.

Com relação aos fatores que dificultam a realização do cuidado em hemodiálise na perspectiva da integralidade, tanto os usuários quanto a equipe ao refletirem, durante a entrevista, destacaram: a demora no acesso a exames diagnósticos e a leitos em hospitais no caso da necessidade de internação, a falta de resolutividade das consultas com especialidades médicas e da rede de serviços e o reduzido número de profissionais nas equipes de apoio.

A análise dos dados sugere haver uma dificuldade encontrada por alguns profissionais em conseguir a interface com outros serviços.

“(...) a gente vai procurar buscar alternativas com a Secretaria da Saúde, através do que a secretaria também pode oferecer, a gente tem certas dificuldades também, de que isso [solicitações de auxílio], de que tenha esse retorno”. ES 13

“E específico nessa questão do transporte que é uma situação que a gente fez várias intervenções porque não conseguiu dar resolatividade. E tem vários pacientes que não poderiam utilizar o passe livre ou o ônibus no caso, por uma situação clínica que impede que esse paciente possa sair de casa e ir pra uma parada de ônibus ter o acesso a esse ônibus, subir o degrau do ônibus. Foram várias situações em que não há de forma nenhuma na rede a disponibilidade de um transporte social. Então, de repente a gente fica completamente amarrado, impossibilitado de dar resolatividade. E isso frustra muito”. ES 11

Os depoimentos de ES 13 e ES 11 revelam uma realidade de atendimento que não se circunscreve ao serviço de hemodiálise. Ao buscarem a rede de serviços da secretaria de saúde do município, os profissionais, encontraram a impossibilidade de dar continuidade da assistência à saúde do indivíduo do ponto de vista de suporte nutricional e de transporte para aqueles que eventualmente não podem utilizar o passe – livre nos transportes coletivos por restrições físicas.

Como estratégia para superar essa dificuldade estas profissionais propõe ações associativistas, pois compreendem que essas dariam mais forças aos usuários perante os órgãos de financiamento de programas de benefícios aos portadores de insuficiência renal crônica.

“(...) poder estruturar os nossos pacientes dentro de uma proposta, por exemplo, associativistas. Uma associação, logo que pudessem fazer com que eles tenham uma força na comunidade. [...] E isto poderia trazer benefícios né, de várias situações, mas a que eu visualizo mais presente é a questão da medicação. Pressionar como grupo articulado, pressionar né, principalmente a Secretaria da Saúde ou o setor de medicamentos especiais, a que eles têm direito e que muitas vezes eles não estão recebendo”. ES 11

Essa proposta busca o envolvimento do usuário como partícipe das ações a favor de seus benefícios. Para indivíduos que convivem com um acometimento crônico, é fundamental uma rede de serviços estruturados e com capacidade de

responder as suas necessidades, pois algumas questões, como medicamentos, benefícios de aposentadoria, transporte, entre outras, são necessidades permanentes no cotidiano. Como reforça a fala abaixo, alguns usuários encontram mais ou menos dificuldades de apoio nessas redes, conforme o município onde residem.

“Olha, isso [a rede de serviços] é bem variável, depende da secretaria de saúde da cidade, do município onde que ele [usuário] mora, tem umas que estão bem estruturadas e conseguem fornecer pelo menos o básico e outras não. Não têm nem paracetamol pra dar, assim, não tem nem remédio pra dor. Então eu acho que isso varia de secretaria de saúde, e de cidade pra cidade, mas a maioria [dos usuários] acaba batendo perna daqui e dali e acabam conseguindo”. ES 16

É possível verificar, na fala da ES 16, a constatação feita pela profissional quanto à peregrinação (“batendo perna daqui e dali”) do usuário em busca de resolução para suas necessidades. Essas pessoas já ocupam três dias da semana para realizar o tratamento hemodialítico e o fato de precisarem peregrinar pelos serviços de saúde, secretarias de saúde ou outros serviços de apoio acaba por limitar mais ainda seu tempo livre para realizarem atividades cotidianas, de cidadão (ir a bancos, acompanhar filhos na escola, participar de eventos sociais, ter atividade de lazer, manter um trabalho, etc).

Portanto, uma rede de serviços melhor estruturada facilitaria o acesso e a resolução das necessidades dos indivíduos portadores de IRC. Entendo que não se deva ter um olhar simplificado para essa problemática da construção de redes, pois as interrupções que nelas ocorrem acabam por comprometer a integralidade no cuidado em hemodiálise.

O acesso a algumas especialidades médicas e a exames diagnósticos também é um gerador de dificuldades, segundo a equipe e usuários, como se pode constatar nas falas abaixo:

“Eu tava lutando pela perna [que apresentava uma lesão], e o doutor chegou e me deu um papel pra eu marcar uma radiografia dos vasos. Aí eu fui lá em cima marcar e disseram que não tinha mais vaga e que não

adiantava eu querer marcar porque não seria atendida naquele ano. Mas aguardei fui pra casa, não consegui nada (...) bom no caso assim de uma pessoa estar numa situação, acho que tinha que ter prioridade, porque se tivessem me atendido a tempo ali, quando o médico pediu, eu não tinha perdido a perna. Até o meu marido foi na corregedoria pra ver se eles faziam, assim, davam uma ordem que me atendessem lá em cima, mas eles disseram que não adiantava". US 01

"Às vezes, demora o atendimento, principalmente quando tem que ir no pessoal da [cirurgia] vascular. E lá tem que esperar muito e não é fácil conseguir falar com eles [médicos]. Aí tu fica lá, a manhã toda pra bater na porta, eles te dão um retorno ainda, pra tu marcar, pra vir tal dia consultar com eles. Deveria dar o atendimento na hora, deveria ser mais agilizado isso. Eu acho que pacientes de hemodiálise deveriam ter mais acesso, mais rápido, porque a gente depende da fístula para dialisar, é uma questão de vida ou morte, então a gente deveria ter prioridade". US 08

"Pra algumas especialidades, assim, é muito difícil, demora muito, assim, por exemplo, cirurgia vascular, urologia, proctologia, ortopedia, principalmente na área cirúrgica, é bem complicado e bem demorado. Não que na parte clínica seja mais fácil, mas é um pouco mais fácil. A gente acaba encaminhando e tem retorno, mas qualquer área demora um pouco, tem que ter paciência, isso poderia com certeza ser melhor". ES 16

"O problema só daqui [hospital] é a demora, às vezes uma consulta leva em média dois anos, um ano, para ser atendido para outra especialidade." US 02

Ao analisar esses dados na perspectiva constitucional sobre integralidade, é possível afirmar que o trânsito dos usuários pelos diferentes níveis de complexidade, dentro do sistema de saúde, encontra resistências para sua efetivação. Um aspecto importante revelado nas falas de US 01 e US 08 é a questão da priorização do atendimento na iminência de urgência, ou seja, no caso de US 01 a dificuldade em realizar um exame diagnóstico, desencadeou a impossibilidade de realizar o tratamento e conseqüentemente a perda do membro inferior. Na fala de US 08 o usuário apresenta a preocupação com os possíveis desdobramentos da demora no atendimento à sua necessidade de ter um acesso vascular para realizar o tratamento hemodialítico.

Os usuários entendem que a responsabilidade pelas dificuldades de acesso se deva aos poucos investimentos feitos pelo governo na saúde, como pode ser observado nas falas abaixo:

“Eu acho que [o acesso] deveria de ser tudo igual, tudo bem atendido, sem falta de recurso, sem nada. Isso aí é uma falta do governo. Mas a gente não pode fazer nada, né”. US 04

“Isso [o acesso] não depende muito deles, dos profissionais, isso é uma coisa que vem assim de governo”. US 02

Na fala de US 04, pode-se visualizar o princípio da universalidade e equidade através do qual esse usuário compreende que o sistema de saúde deveria proporcionar efetivamente o acesso de todas as pessoas a atendimentos de qualidade. Em ambas as falas, os usuários mencionam o ‘governo’ como culpado pelas dificuldades do atendimento, mas, ao mesmo tempo, revelam uma passividade, trazida na fala de US 04: “a gente não pode fazer nada”.

Nesse ponto, fica explícito o desconhecimento dos usuários sobre as instâncias que proporcionam um espaço para participação da população nas questões relativas à saúde.

Outra situação, trazida pela equipe de saúde, diz respeito a disponibilidade e continuidade de atendimento, realizado pela equipe de apoio (nutrição, psicologia, serviço social), o que, de acordo com os dados, acaba por dificultar a integralidade em hemodiálise.

“(...) então, assim, tu vê que ele [usuário] tá mais deprimido, pra tentar mandar para um apoio psicológico, às vezes tem a dificuldade de conseguir este apoio, e a gente mesmo acaba prescrevendo um antidepressivo”. ES 16

“O que dificulta, pra mim, eu acho que essa equipe de apoio poderia ser mais disponível, assim, acho que ter um compromisso de avaliação, de seguimento desse paciente”. ES 03

“Não, eu era atendido [pela psicologia], mas parou. Disseram pra mim que ela [psicóloga] ia voltar a atender e não voltou mais, ninguém sabe dizer o porquê, nunca mais teve. Eu até perguntei, mas o pessoal diz: “ah, não sei...” Uns dizem: “não sei” outros dizem: “não sei quando”, “não tem previsão”, aí fica difícil, né?” US 08

Essa problemática, revelada nas falas, mostra a necessidade de uma inserção mais efetiva das profissionais de psicologia, serviço social e nutrição no cuidado em hemodiálise. A contratação de mais pessoal dessas áreas também proporcionaria a aproximação no atendimento aos usuários. As próprias profissionais já mencionaram, em outras etapas dessa análise, essa necessidade institucional. Como se pode observar, no quadro 3, elas prestam atendimento a diversas áreas no hospital.

Profissional	Áreas Atendidas
Assistente social	Hemodiálise, hemodinâmica, centro cirúrgico ambulatorial, radiologia, pneumologia e todos os ambulatórios.
Nutricionista	Hemodiálise, infectologia, cirurgia plástica, internação clínica adulta.
Psicóloga	Hemodiálise, fisioterapia, psiquiatria, centro de atenção psicossocial, internação clínica e internação cirúrgica adulto.

Quadro 3 – Profissionais de nutrição, psicologia, serviço social e locais de atuação na instituição pesquisada. Porto Alegre, 2008.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Provavelmente, essa gama de atividades assumidas pelas profissionais justifica sua dificuldade para estarem mais focalizadas no atendimento aos indivíduos em hemodiálise.

“(...) eu sei que a minha dificuldade aqui é questão de pessoal mesmo. Há muitos anos que eu tento ficar só exclusiva da nefro, mas eu não consegui e isso gera um pouco de ansiedade comigo. Só que eu também faço o que eu posso, não posso também abraçar o mundo. Mas eu, assim, dentro desse entendimento com a equipe, principalmente com a da enfermagem que eu tenho, é que me facilita, assim, atendê-los. Se eu não consigo fazer, por exemplo, o meu programa de atender eles de quinze em quinze dias, como normalmente eu me programo pra fazer, me é passado [o problema] antes disso, então eu consigo atender”. ES 13

“A gente vê que o número de assistentes sociais é irrisório. O assistente social aqui tá pra apagar fogo. E isso é um pouquinho frustrante. Porque a gente considera que existe um potencial que poderia estar sendo ocupado [pelo serviço social]”. ES 11

Cabe aqui uma reflexão sobre a proporção de profissionais de cada categoria. Observa-se, mais uma vez, que o investimento das instituições hospitalares, baseado na cura, no modelo biomédico, acaba por deixar à margem o atendimento nos serviços de nutrição, serviço social e psicologia. A valorização dessas áreas do conhecimento, que estão imbricadas diretamente na atenção a saúde dos indivíduos, precisa ganhar destaque nessas instituições, assim como ocorre com outras categorias profissionais.

Constata-se, nas falas dos profissionais de serviço social e nutrição, a consciência sobre a possibilidade de realizar um trabalho mais direcionado para os indivíduos portadores de IRC, caso houvesse mais colegas atuando na instituição.

Nessa pesquisa, os dados revelaram a dificuldade vivenciada pela equipe da unidade de hemodiálise e pelos usuários por não contarem, regularmente, com o apoio das profissionais de nutrição, psicologia e serviço social.

Com essa análise foi possível compreender que o serviço de hemodiálise estudado possui aproximações importantes com os pressupostos da integralidade tais como a valorização do trabalho em equipe, no entanto os distanciamentos também existem no cenário pesquisado e precisam de um investimento coletivo (equipe, usuários, gestores) para que as transformações necessárias resultem na concretização da integralidade no cuidado em hemodiálise.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde dos usuários de um serviço de hemodiálise traz consigo algumas particularidades, dentre estas o uso de tecnologias duras e leve-duras, a cronicidade da doença renal que incute nos indivíduos a necessidade de contato contínuo com o serviço de saúde e uma equipe de saúde especializada, ou seja, com formação e experiência profissional em nefrologia. Essas questões levam, por vezes, a equipe de saúde a ter um olhar unidirecional perante os indivíduos portadores de insuficiência renal crônica.

Diante deste cenário de atenção a saúde suscitaram-se questionamentos com relação a sua capacidade de dar respostas às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários e a partir de então poder analisar as possibilidades de um cuidado pautado na integralidade em uma unidade de hemodiálise.

Essa pesquisa explorou a visão dos atores envolvidos no processo de cuidado em hemodiálise, ou seja, deu voz à equipe de saúde e aos usuários. Esse tipo de estudo tem uma representatividade importante para guiar as transformações que se mostraram necessárias ou desejadas uma vez que contou com subsídios advindos das pessoas que estão realmente envolvidas no cuidado.

Ao longo do processo de pesquisa os dados indicaram que a equipe de saúde possui uma tendência a centralizar a atenção a saúde dos usuários nos seus problemas de saúde nefrológicos e nas comorbidades ou complicações da IRC. Já no caso dos usuários as percepções oscilam entre os problemas de saúde relativos ao dano renal e as necessidades de saúde sentidas cotidianamente (apoio psicológico, afeto, atenção, autonomia, acesso aos serviços de saúde, entre outros).

Iniciativas de promoção da saúde ocupam uma pequena parcela da agenda de trabalho dos profissionais pesquisados e pode-se inferir que isso tem uma repercussão direta nos limites do cuidado prestado pelo serviço.

A formação e a relação oferta-demanda mostraram-se como fatores que geram influência na visão unidirecional da equipe de saúde. Essa constatação leva a

afirmar que as percepções que se constroem ao longo da formação e a bagagem teórica-prática baseada na patologia são reproduzidas nos serviços de saúde.

Pode-se constatar que para ampliar o olhar diante das necessidades de saúde dos indivíduos portadores de IRC em hemodiálise é preciso que a concepção de saúde seja discutida pelos profissionais do contexto estudado. A concepção de saúde como ausência de doença é um dos primeiros obstáculos a ser vencido pela equipe do serviço de hemodiálise.

Há a necessidade de uma retomada da sensibilidade da equipe perante a vida do indivíduo em hemodiálise e conseqüentemente da reconstrução do foco do cuidado em hemodiálise uma vez que a interação da equipe de saúde com o usuário deve extrapolar a monitorização dos sinais vitais e dos alarmes das máquinas de hemodiálise.

O processo de produção das necessidades de saúde dos usuários precisa ser compreendido, valorizado e incluído ao cuidado em hemodiálise, sendo fundamental uma ampliação da visão da equipe diante do usuário. A valorização da singularidade dos indivíduos perante a experiência de um adoecimento crônico deve resultar na produção de espaços de diálogo e escuta do usuário.

Faz-se necessário uma transição de processos e tecnologias de trabalho homogeneizantes para outros que considerem a diversidade das pessoas envolvidas no processo saúde-doença (MANDÚ, 2004). Entendo que o fato de não homogeneizar e naturalizar os cuidados é a base para a integralidade em um serviço de hemodiálise. E isto só será possível a partir da abertura de espaços de negociação com os usuários sobre o plano de cuidados a ser desenvolvido.

As reformulações na formação em saúde ao nível de graduação tem sido discutidas e apresentadas em produções científicas, no entanto diante da realidade estudada pode-se perceber que é necessário também um investimento em mudanças na formação dos profissionais de nível técnico e nos cursos de pós-graduação da área da saúde.

É preciso situar a formação no contexto do sistema de saúde brasileiro para que os profissionais se apropriem dos seus princípios e transponham esses para

suas práticas. A tendência dos profissionais de nível superior, principalmente os que atuam em unidades especializadas, é de procurar a qualificação profissional através de cursos de pós-graduação, portanto é fundamental que esses agreguem nos seus currículos a discussão sobre o SUS.

O processo de educação permanente para os profissionais que trabalham no serviço de hemodiálise é também uma estratégia importante para que ocorram as transformações desejáveis para promoção da integralidade no cuidado em hemodiálise, uma vez que essa proposta de educação valoriza a reflexão cotidiana do processo de trabalho com os atores envolvidos nesse.

Pode-se pensar numa renovação da relação entre os atores envolvidos no cuidado em hemodiálise como um importante elemento de transformação da demanda. A proposta é agregar a terapia hemodialítica às redes de conversação e ações entre os serviços de saúde (e outros tipos de serviço também) na busca da integralidade no cuidado em nefrologia.

Ao longo dessa pesquisa pode-se concluir que, embora permeada pela tecnologia e especialização, as quais são elementos necessários ao atendimento dos indivíduos com IRC, o serviço de hemodiálise mostrou-se como um cenário de potencialidades para a efetivação da prática da integralidade em saúde, pois existem alguns profissionais em processo de construção de uma sensibilidade para a integralidade no cuidado em hemodiálise. Esses demonstraram nas suas falas que reconhecem a possibilidade e necessidade da integralidade.

Esses profissionais podem ser multiplicadores de ações e atitudes pró - integralidade e fomentadores de transformações nas práticas de saúde no serviço pesquisado. É animador descobrir que há certa disponibilidade e sensibilidade de outros profissionais para com a integralidade no cuidado em hemodiálise.

Outro apontamento importante que leva a creditar a possibilidade de integralidade no serviço pesquisado diz respeito às boas condições de trabalho e atendimento proporcionadas pela instituição do qual o serviço de hemodiálise faz parte. Essa dimensão da integralidade encontra-se contemplada no cenário

pesquisado e estava representada na fala dos sujeitos da pesquisa como um importante elemento facilitador da integralidade no cuidado.

Da mesma forma há um reconhecimento da equipe de que é preciso avançar nas questões relativas ao trabalho em equipe multidisciplinar e na comunicação entre equipe/usuário/família.

Entendo, com base na análise dos dados dessa dissertação, que o maior investimento deve ser feito nas relações interpessoais e no processo de trabalho: trabalho em equipe, cuidado usuário centrado, clínica ampliada, diálogo com a família e escuta ativa do indivíduo em hemodiálise. Instrumentalizar a equipe de saúde e usuários sobre as redes de apoio ao portador de insuficiência renal crônica e buscar cada vez mais a intersectorialidade também são avanços necessários.

Poder desvelar as possibilidades de integralidade neste contexto configurou-se em uma pesquisa bastante instigante e que elucidou alguns componentes importantes na integralidade no cuidado enunciado pelos usuários e equipe de saúde como apontado acima, no entanto existe a necessidade de aprofundar as investigações sobre as redes de apoio disponíveis aos indivíduos portadores de IRC e a articulação intersectorial.

Os achados desta pesquisa poderão auxiliar as equipes de saúde e gestores no atendimento aos indivíduos portadores de IRC ou de outros acometimentos crônicos, pois esse estudo aponta elementos importantes e que devem ser contemplados no momento do planejamento dos cuidados a pessoas que passam a conviver permanentemente com uma doença. Para esses indivíduos não basta garantir o alívio de seus sintomas, é preciso uma responsabilização dos atores envolvidos no processo de cuidado para com o projeto de vida dos indivíduos que buscam atendimento.

A relevância e contribuição desse estudo se devem também ao fato de tratar de um assunto (doença crônica) que vai ao encontro da realidade epidemiológica de adoecimento no Brasil. É uma pesquisa engajada em apontar algumas adequações desejáveis nos serviços de saúde no momento da atenção a saúde de indivíduos

que convivem com uma doença crônica. Embora seja um estudo imerso em um contexto específico, o que não permite generalizações dos achados da pesquisa, representa uma referência para a discussão e comparação com outros estudos sobre a temática da integralidade que podem ser desenvolvidos em unidades de hemodiálise.

Os pressupostos da clínica ampliada, defendidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), seriam estratégias importantes no contexto de saúde pesquisado para superar o paradigma biomédico instalado.

Na proposta da Clínica ampliada o cuidado direcionado ao usuário ocorreria de maneira singular, onde os trabalhadores e gestores poderiam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, ocupando-se em buscar ajuda em outros setores (intersetorialidade) para dar respostas às necessidades de saúde dos indivíduos e também com a capacidade de reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas, buscando outros conhecimentos em diferentes setores (BRASIL, 2007).

Esse estudo é inovador no campo da integralidade, pois explorou as possibilidades dessa num serviço que prestava um atendimento especializado e revelou que a equipe, em conjunto com o usuário, precisam planejar estratégias de enfrentamento da condição crônica de adoecimento sem perder de vista a qualidade de vida e preservando a autonomia dos indivíduos com insuficiência renal crônica, sem lhes impor apenas uma medicalização crônica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M; MELEIRO, A. M. Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 192-200, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. de; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 879-89, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.63-72, 2001.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41 (esp.), p.793-8, 2007.

BARROS, E. G. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

BARROS, J. A. C. Repensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? In: PELIZZOLI, M. (org.). **Bioética como novo paradigma**: por um novo modelo biomédico e biotecnológico, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 40-58.

BARSAGLINI, R. A. Análise socioantropológica do diabetes: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.12, n.26, p.563-77, jul.-set. 2008.

BATISTA, K. T. et al. Atenção à saúde na insuficiência renal crônica terminal: análise à luz da bioética da proteção. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 279-88, out.-dez. 2007.

BAUER, M. N; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRAGA, P. P. **Cuidado, trabalho e diálogo: as interações na construção da integralidade do cuidado ao recém-nascido internado em UTI**. Belo Horizonte:UFMG, 2006. 105p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 mar. 2008.

BRASIL. **Lei de Direitos Autorais** - Lei 9610/98, de 19 de fevereiro de 1998
<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92175/lei-de-direitos-autorais-lei-9610-98>.
Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 154, de 15 de junho de 2004a. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Portarias/resolucao154.pdf>>.
Acesso em: 25 ago. 2006

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância e monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/epi/intransmi>. Acesso em: 4 dez. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos** (Res. CNS n. 196/96 e outras). 2.ed, Brasília, MS, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção ao portador de doença renal**. Portaria nº 1168/GM em 15 de julho de 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/cnhd/noticias/SITEgrupo%20trs%20doc%final.htm>. Acesso em: 02 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília : MS, 2004c. Textos Básicos da Saúde – Série B (HUMANIZASUS).

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. Brasília: MS, 2007. Textos Básicos de Saúde - Série B. Brasília.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Das necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (orgs). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 91- 101.

_____. As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p.13-7.

_____. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p.37-46.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.56, n.5, p. 508-12, set.-out. 2003.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIEIRO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface – comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 605-18, set.-dez. 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-68, jul- ago. 2005.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.1, p. 79-81, junho 1969.

CANESQUI, A. M. Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. In: _____ (org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CECCIM, R. B. A invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Estudos Universitários**, Sorocaba, v.33, n.1, p.29-48, jun. 2007.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do Projeto de integralidade da Atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p. 213-28.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-10, set./out. 2004.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p.115-28.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (orgs.). **Construção da Integralidade**:

cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p.199 -212.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, ciência e saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.315-33, maio-ago. 2002.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.25, p.1614-19, jul. 2009.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-23, set./out. 2004.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 5-15, set.-dez. 2004.

CRUZ NETO, O. (in memoriam). Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do “mercado da saúde”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 307-8, 2003.

CUNHA, G. R. **Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 152 p. Dissertação (mestrado em enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p.412-19, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org). **Construção Social da Demanda**, Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.181- 94

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php. Acesso: 12 jan. 2008.

GULLO, A. B. M.; LIMA, A. F. C.; SILVA, M. J. P da. Reflexões sobre a comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V. 34 n. 2, p. 209-12, jun. 2000.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O software QSR Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24 n.1, p. 53-69, abr. 2003.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.20, p.331-36, 2004.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p.199-212.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Institucional. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2007. Disponível em: <www.hcpa.ufrgs.br>. Acesso em: 11 dez. 2007.

KLEINMAN, A. The Meaning of symptoms and disorders. In:_____. **The Illness Narratives: suffering, healing e the human condition**. Basic Books, 1988. p. 3-30.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs.). **Cuidado: fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LARA FLORES, N. et al. Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. In: MERCADO MARTINEZ, F. J.; TORRES LÓPEZ, T. M. (comp). **Análisis cualitativo en salud**. Teoría, método y práctica. México: Plaza y Valdes, 2000.

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Moderna. 1992.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.12, p.335-42, mar.-abr. 2007.

MANDÚ, E. N.T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.4, p.665-75, jul.- ago. 2004.

MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação da doença: o cotidiano das famílias de pacientes crônicos. In: ELSÉN, I. (org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Paraná: Maringá, 2002.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.5, p. 670-6, set.-out. 2005.

MATSUMOTO, N. F. **A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de Saúde do Município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde**. São Paulo: USP, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

MATTOS, R. A. de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-16, set./out. 2004.

MATTOS, R. A. de. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.;(orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.33-46.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e a formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 47-61

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MATTOS, R. A. de et al. **(Re-)Visitando as últimas Conferências Nacionais de Saúde**. Rio de Janeiro, [2008?] Disponível em: http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&inford=87&tpl=view_participantes>. Acesso em: 08 set. 2009.

MEHRY, E. E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: _____. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec., 2007. p.115-34.

MENEZES, C. L. de; MAIA, E. R.; LIMA JUNIOR, J. F. O impacto da hemodiálise na vida dos portadores de insuficiência renal crônica: uma análise a partir das necessidades humanas básicas. **Nursing**, São Paulo, v.10, n. 115, p.570-76, dez. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; ROZEMBERG, B. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.11, p.115-23, 2001.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (K/DOQI). **Clinical practice guidelines for chronic kidney disease**. New York: Executive summary, 2002.

OLIVEIRA, D. L. de. A 'nova' saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.3, p.423-31, maio-jun. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, n.4, p. 492-99, 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de; Barros, M. E. B. de (orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: UMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p.161-78.

PIETROVSKI, V.; DALL'AGNOL, C. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n. 5, p.630-5, set.-out. 2006.

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. La determinación de necesidades. In:_____. **La Planificación sanitaria**: conceptos, métodos, estrategias. 2. ed. Barcelona, Espana: Masson, 1989.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. . In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 11- 31.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Cuidado: fronteiras da integralidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p.9-36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x Modelos ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p. 9-36

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 55-63, jan.-mar. 2008.

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.2, p.193-200, mar.-abr. 2008.

RIBAS, E. Integralidade: um conceito para reflexão sobre saúde e atenção hospitalar. In: **PRATTEIN** - Consultoria em Educação e Desenvolvimento Social. São Paulo: 2005. Disponível em: <http://www.prattein.com.br/prattein/dados/anexos/125_2.pdf>. Acesso em: 10 set. 2009.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. de S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.115-23, 2001.

SAUPE, R.; BROCA, G. S. Indicadores de qualidade de vida como tendência atual de cuidado a pessoas em hemodiálise. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.100-6, jan.-mar. 2004.

SESSO, R.; GORDAN, P. Dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p.9-12, mar. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo da sociedade brasileira de nefrologia**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/Censo/2006/censoSBN2006.ppt>>. Acesso em: 20 maio 2007.

SILVA, D. M. G. V. da; SOUZA, S. S. de; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.13, n.1, p.50-6, jan.-mar. 2004

SILVA JUNIOR, A. G. da; MASCARENHAS, M.; MACHADO, T. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G. da; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. de. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: UMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2007. p.115-30

SILVA, L. F. da; GUEDES, M. V. C.; MOREIRA, R. P.; SOUZA, A. C.C. de. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, p.40-7, jan.- mar. 2002.

SOUZA, S. P. S. de; LIMA, R. A. G. de. Condição crônica e normalidade: rumo ao movimento que amplia a potência de agir e ser feliz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, jan.-fev. 2007.

SPINK, M. J. P. Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integridade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n. 1, p.18-27, jan.-abr. 2007.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)**. 1991. 502 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, departamento de Ciências Sociais. ago. 1991.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p.91-113.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, 2 (sup.), p.190-8, 2004.

TRENTINI, M. et al. Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.4, n.17, p.665-71, out./dez. 2008.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p. 74-82, jan.-mar. 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 2. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2002.

ANEXO A

**PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA EQUIPE DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Dados referentes à formação e atuação profissional

Formação em:

Ano de conclusão:

Você possui alguma formação complementar? Especialização, mestrado, doutorado, graduação? Em qual área do conhecimento?

Qual seu tempo de atuação em unidade de hemodiálise? Esse período de atuação foi somente no HCPA ou em outro serviço?

Já atuou ou atua em outra área? Qual(is)?

Dados referentes à Integralidade no cuidado em hemodiálise

- 1- Quando você e a equipe de saúde da qual faz parte, atendem um indivíduo com insuficiência renal crônica em hemodiálise aqui no HCPA, que necessidades de saúde você considera que ele tem?
- 2- De que forma você acha que você e a equipe identificam essa(s) necessidade(s) de saúde?
- 3- O que você e a equipe de saúde costumam fazer para atender as necessidades de saúde que são identificadas?
- 4- Você acha que é possível cuidar integralmente dessas necessidades de saúde no seu contexto de trabalho? Por quê?
- 5- Que elementos do seu cotidiano de trabalho você identifica como fatores que facilitam o cuidado integral em hemodiálise?
- 6- Que elementos do seu cotidiano de trabalho você identifica como fatores que dificultam o cuidado integral em hemodiálise?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Item 1: Dados gerais

Sexo:

Qual turno e dias da semana em que você realiza hemodiálise?

Qual sua idade?

Você realiza alguma atividade de trabalho remunerada? Qual e com que frequência?

Há quanto tempo você faz hemodiálise?

Em qual(is) unidade(s) de hemodiálise?

Item 2: Dados referentes à integralidade no cuidado

Esta parte da entrevista é para saber o que você acha que é necessário na sua vida e no seu dia-dia para que você sinta-se bem e com saúde. Este momento é para você pensar como a unidade de hemodiálise e os profissionais podem atendê-lo a fim de dar respostas às necessidades de saúde que você apresentar no momento do atendimento.

- 1- O que você acha que é necessário para ter saúde?
- 2- Que necessidades de saúde você acha que uma pessoa que faz hemodiálise tem?
- 3- Destas necessidades que você falou, quais você possui?
- 4- Onde você busca atendimento para estas necessidades de saúde?
- 5- Neste(s) local (is) a(s) sua(s) necessidade(s) de saúde foi atendida completamente, integralmente?

- 6- Em que local (is) ou serviço de saúde? E que necessidades de saúde foram atendidas?
- 7- Quando ficou alguma necessidade de saúde sem atendimento, qual (is) foi?
- 8- Para você o que deveria existir em uma unidade de hemodiálise para que se pudessem atender as pessoas de forma que elas sintam-se completamente assistidas, ou seja, além da hemodiálise que se faz aqui o que mais poderia ser feito para que os pacientes se sentissem atendidos por completo?
- 9- Supondo que existisse um local que atendesse as necessidades de saúde das pessoas da forma mais completa possível, como você acha que deveria ser este lugar?

Que profissionais deveriam ter lá?
Como deveria ser o ambiente?
Como deveriam ser os recursos materiais neste lugar?
Como deveria ser a relação entre os profissionais e entre as demais pessoas?
- 10- Você acha que uma unidade de hemodiálise tem condições de atender outras necessidades de saúde que as pessoas apresentarem além da hemodiálise? Por quê?
- 11- Esta unidade de hemodiálise consegue atender as suas necessidades de saúde, além da hemodiálise? Quais necessidades que são atendidas?
- 12- Na sua experiência como paciente nesta unidade de hemodiálise o que você acha que tem facilitado o trabalho da equipe de saúde para atender integralmente (de forma completa) as suas necessidades de saúde?
- 13- O que você acha que tem dificultado o trabalho da equipe de saúde para atender integralmente (de forma completa) as suas necessidades de saúde?
- 14- Como você acha que as dificuldades do serviço para atender de forma integral as suas necessidades de saúde poderiam ser minimizadas?

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e Esclarecido para membros da equipe de saúde – Versão aprovada pela Comissão de Pesquisa e Ética em saúde do HCPA em 07/04/08:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Título da Pesquisa: Desafios da integralidade no cuidado em uma unidade de hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários.

(Projeto de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRGS)

Orientadora/ Pesquisadora responsável: Dora L. L. Corrêa de Oliveira.

Aluna-pesquisadora: Cinthia Dalasta Caetano Fujii.

Telefones para contato:

9865-7650 (Pesquisadora responsável)

9332-9746 (Aluna-pesquisadora)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa “Desafios da integralidade no cuidado em uma unidade de hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários”. Após ser esclarecido sobre as informações referentes à pesquisa, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar, a partir da ótica de uma equipe de saúde que atua em uma unidade de hemodiálise e dos seus usuários, as possibilidades da integralidade no cuidado prestado por este serviço. A justificativa para o desenvolvimento dessa pesquisa se deve à necessidade de explorar as possibilidades da integralidade no cuidado aos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise.

A técnica para a coleta dos dados será através de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em local reservados com data e horário agendados conforme minha disponibilidade. A duração da entrevista será de aproximadamente 15 minutos, estou ciente de que essa entrevista será gravada, posteriormente copiada por escrito e será guardada pelo pesquisador por cinco anos, sendo então

destruída. Fica assegurado durante todo o desenvolvimento da pesquisa a confidencialidade e anonimato de minha identidade.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a elaboração da dissertação de mestrado da aluna-pesquisadora, dos artigos e comunicações que dela resultem, comprometendo-se a pesquisadora a apresentar o relatório final para os participantes do estudo. Fica garantido que os dados coletados não terão repercussão na minha avaliação de desempenho e que não trarão quaisquer problemas trabalhistas. Esta pesquisa é considerada de risco mínimo aos seus participantes.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

1. receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento dessa pesquisa;
2. retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem constrangimentos e sem sofrer nenhum tipo de repressão;
3. não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
4. receber uma via desse termo de consentimento e entregar a segunda para a pesquisadora.

Eu, _____, abaixo assinado, informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, sobre a pesquisa acima apresentada e aceito, livre de qualquer forma de constrangimento ou repressão, participar da mesma.

.....

Ass. Aluna-pesquisadora

.....

Ass. Participante

Data: __/__/__:

APÊNDICE D

Termo de consentimento livre e Esclarecido para usuários – Versão aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do HCPA em 07/04/08:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Título da Pesquisa: Desafios da integralidade no cuidado em uma unidade de hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários.

(Projeto de dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRGS)

Orientadora/ Pesquisadora responsável: Dora L. L. Corrêa de Oliveira.

Aluna-pesquisadora: Cinthia Dalasta Caetano Fujii.

Telefones para contato:

9865-7650 (Pesquisadora responsável)

9332-9746 (Aluna-pesquisadora)

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa “Desafios da integralidade no cuidado em uma unidade de hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários”. Após ser esclarecido sobre as informações referentes à pesquisa, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar, a partir da visão de uma equipe de saúde que atua em uma unidade de hemodiálise e dos seus pacientes, as possibilidades da integralidade no cuidado prestado por este serviço. A justificativa para o desenvolvimento dessa pesquisa se deve à necessidade de explorar as possibilidades da integralidade no cuidado aos portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. As informações geradas com esta pesquisa poderão causar benefícios na estruturação da assistência à saúde dos pacientes em hemodiálise no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A coleta dos dados será através de entrevistas com perguntas feitas pelo entrevistador, realizadas em local reservado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e com data e horário agendados conforme minha disponibilidade. A duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos, estou ciente de que essa entrevista será gravada, posteriormente copiada por escrito e será guardada pelo pesquisador por cinco anos, sendo então destruída. Fica assegurado durante todo o desenvolvimento e divulgação desta pesquisa que meu nome não será revelado.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão utilizados com a única finalidade de fornecer elementos para a elaboração do trabalho final do curso de mestrado da aluna-pesquisadora, dos artigos e comunicações que dela resultem, comprometendo-se a pesquisadora a apresentar o relatório final para os participantes do estudo. Fica garantido que os dados coletados não irão interferir na minha assistência a saúde prestada na unidade de hemodiálise e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta pesquisa apresenta como risco a possibilidade de atraso no deslocamento do paciente até seu domicílio ou atraso no início da hemodiálise, caso a entrevista ultrapasse os 30 minutos previstos.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

5. receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento dessa pesquisa;
6. retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem constrangimentos e sem sofrer nenhum tipo de repressão;
7. não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
8. receber uma via desse termo de consentimento e entregar a segunda para a pesquisadora.

Eu, _____, abaixo assinado, informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, sobre a pesquisa acima apresentada e aceito, livre de qualquer forma de constrangimento ou repressão, participar da mesma.

.....

Ass. Aluna-pesquisadora

.....

Ass. Participante

Data: __/__/__: