

## A comunicação como instrumento de promoção de saúde na clínica dialítica

*Communication as a tool for health promotion in a clinic of dialysis*

*La comunicación como herramienta de promoción de la salud en la clínica de diálisis*

**Maria Socorro de Araújo Dias<sup>1</sup>, Neiva Francinely Cunha Vieira<sup>II</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Vale do Acaraú. Sobral, CE

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem. Fortaleza, CE

**Submissão:** 02/08/2007

**Aprovação:** 20/12/2007

### RESUMO

Este estudo, de natureza qualitativa, respaldou-se no referencial da hermenêutica dialética para buscar compreender as concepções dos profissionais de saúde que integram a clínica dialítica sobre promoção da saúde, além de elucidar como o processo de comunicação entre profissionais e sujeitos que realizam diálise contribui para uma clínica promotora de saúde. Para isso, foram utilizados como métodos de coleta de dados entrevistas livres e observação-participante, além da consulta a fontes documentais. Os resultados evidenciam que não há consenso na concepção da clínica enquanto espaço promotor da saúde, no entanto, infere-se na subjetividade dos profissionais o desejo de uma comunicação efetiva e eficaz, no sentido de resignificar o espaço da clínica na perspectiva da promoção da saúde.

**Descritores:** Diálise; Promoção da saúde; Comunicação.

### ABSTRACT

This is a study of qualitative nature and it was supported with the referential of the dialectical hermeneutics seeking for an understanding of the concepts of the professionals of health that integrate the clinical practice of dialysis in health promotion, besides of elucidating how the communication process among professionals and the fellows that carry out dialysis contributes to a clinical practice of health promotion. For this they were used as methods of collection of data, free interviews and observations - participant besides consultations to documental sources. The results evidence that there is not consent in the conception of the clinical practice as field promoter of health, however it is inferred in the subjectivism of the professionals the desire of an effective and efficient communication in the sense of giving a new meaning to the field of the clinical practice in a perspective of promotion of health.

**Descriptors:** Dialysis; Health promotion; Communication.

### RESUMEN

Este estudio es de naturaleza cualitativa y se respaldó con el referencial de la hermenéutica dialéctica para procurar buscar comprender los conceptos de los profesionales de salud que integran la práctica clínica de diálisis sobre promoción de salud, además de elucidar como el proceso de comunicación entre profesionales y los sujetos que realizan diálisis contribuye para una práctica clínica promotora de salud. Para eso fueron usados como métodos de colecta de datos, entrevistas libres y observaciones-participante además de consultas a fuentes documentales. Los resultados evidencian que no hay consenso en la concepción de la práctica clínica como campo promotor de salud, sin embargo se infiere en el subjetivismo de los profesionales el deseo de una comunicación efectiva e eficiente en el sentido de dar un nuevo significado al campo de la práctica clínica en una perspectiva de promoción de salud.

**Descriptor:** Diálisis; Promoción de salud; Comunicación.

## INTRODUÇÃO

Em documento elaborado como proposta para uma política nacional de promoção da saúde, o Ministério da Saúde (MS)<sup>(1)</sup> estabelece a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema de saúde. Nesta perspectiva, o hospital como parte integrante do sistema de saúde deve constituir-se como espaço comunitário.

O sentido comunitário para as pessoas em terapia hemodialítica está presente pelo fato de compartilharem elementos comuns que unem o grupo, tais como: vivem uma situação de doença crônica, co-habitam por um determinado período o mesmo espaço geográfico, possuem condições socioeconômicas semelhantes e estabelecem relações entre si e entre os profissionais, permitindo o estabelecimento de vínculo entre serviço e comunidade.

Vale apresentar de forma sucinta os diversos entendimentos do que é promoção da saúde, bem como a opção conceitual que este estudo tem como referência. Para MacDonald e Bunton<sup>(2)</sup>, a promoção da saúde apresenta uma característica de desenvolvimento paradigmático, portanto o processo pode não estar claro, mas evidencia-se uma gama de alianças teóricas tendendo a uma multidisciplinaridade. Embora não tenhamos uma definição universal (definições distintas tendem a revelar intenções distintas), a promoção da saúde tem sido concebida a partir de uma integração de ações estruturais e individuais/coletivas.

Para a Organização Mundial de Saúde, a expressão promoção da saúde guarda consigo uma relação com o holístico numa denotação mais política<sup>(3)</sup>. Assim, as palavras revelam larga amplitude, contemplando diversas ações, inclusive de educação em saúde; ou seja, envolvem todos os aspectos que buscam melhorar o *status* de saúde dos indivíduos e comunidades. Promoção da saúde, portanto, compreende múltiplos aspectos, não constituindo uma atividade em si própria.

A implementação destes mecanismos e estratégias tem apresentado como um dos desafios o redirecionamento das práticas dos profissionais de saúde. Para Smeke<sup>(4)</sup>, a formação dos profissionais de saúde propicia relações entre estes e as pessoas que buscam atenção à saúde fundadas numa lógica objetivadora, traduzindo o modelo de cuidado biológico e limitando as relações junto à pessoa, às famílias, aos grupos e à comunidade.

Neste contexto, o profissional tende a se ver como o único sujeito do processo e, como tal, domina e se apropria do objeto; as relações hierárquicas e autoritárias passam a ser normais, deixam de ser estranhas. Nunes<sup>(5)</sup>, ao abordar a relação médico-paciente como um sistema social, recorda que a inclusão de novas teorias, novos métodos e rotinas na área da saúde absorvem de tal maneira a atenção médica, dominando-a, que estes profissionais passam a apresentar menor interesse às relações pessoais.

Concordamos com o que diz Malo<sup>(6)</sup>, quando expressa a opinião de que na clínica o saber do paciente não integra o conhecimento acumulado na evidência científica, assim, também não integra a clínica, sua vontade de influenciar na cura. Expressa ainda a necessidade de deixarmos de ver o "indivíduo objeto", o corpo doente objetivado pela ciência para ser transformado em sujeito que sofre, age e reage como unidade individual e que produz individual e socialmente sua saúde.

No campo específico da Nefrologia, estudos têm demonstrado

a ênfase na abordagem "biologicista" e a necessidade de maior envolvimento dos sujeitos no processo<sup>(7-10)</sup>. O estudo que realizamos durante o mestrado apontou nesta direção<sup>(11)</sup>. Embora, o estudo referido tenha permitido identificar os ruídos (da ênfase biologicista) ou estas dificuldades de comunicação, não elucidou suas fontes e as várias formas de expressão destes ruídos e o seu significado nas relações com os profissionais, no sentido das pessoas em regime terapêutico hemodialítico não assimilarem conhecimentos, não apresentarem comportamentos saudáveis e não expressarem atitudes participativas, mesmo contrárias aos conhecimentos dos profissionais.

Campos<sup>(12)</sup> afirma que a clínica, em sua ideologia, se assenta na preocupação de vender a imagem de uma instituição racional e humana, imaginando a existência de clínica única: a clínica científica e ética. O autor, no entanto, optou por trabalhar com a idéia de semblantes, de faces ou de dobras da clínica, ao considerar que, na prática, há uma diversidade de clínicas, nas quais há entre elas contigüidades e diferenças. Nesse sentido, considerou três semblantes principais sobre os quais a clínica se apresenta: uma Clínica Oficial, uma Clínica Degradada e uma Clínica Ampliada (Clínica do Sujeito). Esta última está intimamente associada à idéia de uma clínica promotora de saúde.

Evidenciamos, pois, a necessidade de conhecer as concepções dos profissionais de saúde que integram a clínica sobre promoção da saúde, além de elucidar como o processo de comunicação entre profissionais e sujeitos que realizam diálise contribui para uma perspectiva promotora de saúde na clínica.

## EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico eleito para subsidiar a perspectiva compreensiva e crítica desse processo investigativo foi o da hermenêutica dialética<sup>(13)</sup>. O caminhar metodológico se insere na óptica qualitativa.

O universo intencionalmente selecionado para este estudo teve como local o Estado do Ceará, tendo sido eleito como campo de investigação o centro de diálise localizado na Zona Noroeste do Ceará, no município de Sobral.

Os sujeitos deste estudo correspondem aos profissionais da área médica e de enfermagem. Considerando que outros profissionais de saúde integram a atenção às pessoas com IRC em terapia hemodialítica, a opção por trabalharmos com os profissionais da Medicina e Enfermagem, respalda-se em elementos teóricos e práticos: a) a literatura consultada nos informa que são estes profissionais que interagem de modo mais constante com as pessoas portadoras de IRC em hemodiálise; e b) situação similar é encontrada no campo desta investigação, onde as equipes de Enfermagem e Medicina são exclusivas para atendimento àquela população, enquanto que os demais profissionais integram o corpo de profissionais do hospital no qual este serviço está inserido, inclusive as pessoas com IRC em terapia hemodialítica, mas não exclusiva a elas.

Tomamos, ainda, como critério para seleção dos sujeitos, estar o profissional há mais de um ano inserido na clínica de Nefrologia. Assim, este estudo foi realizado com 24 dos 29 profissionais médicos e de enfermagem da clínica de diálise em estudo, sendo 19 técnicos e auxiliares de enfermagem, 03 enfermeiros e 02 médicos nefrologistas.

Para a constituição do *corpus* descritivo deste estudo foram utilizados dados obtidos de fontes documentais, entrevistas livres e relatos do diário de campo produzidos ao longo do processo investigativo que podem ser qualificados como fruto da observação-participante. O exposto denota a opção pela triangulação de fonte de dados, tendo em vista a corroboração de informações acerca do fenômeno em estudo.

O projeto que deu origem a este estudo foi aprovado, sem restrições de qualquer natureza, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Ressaltemos, ainda, que durante o desenvolvimento deste estudo, levamos em consideração os princípios básicos da bioética, preconizados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, a fim de garantir o anonimato das informações aqui apresentadas, atribuímos códigos identificadores aos sujeitos do estudo: a sigla G1 identifica o grupo 01, que corresponde ao dos profissionais médicos; a sigla G2 identifica o grupo 02, que corresponde ao dos profissionais enfermeiros; a sigla G3 identifica o grupo 03, que corresponde ao dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem. A sigla "A", acompanhada de um numeral arábico, será utilizada para identificar o respectivo autor-sujeito do estudo: A1 identifica o autor 1; A2 identifica o autor 2... Assim, a sigla G1A1 identifica o autor 1 do grupo 1, isto é, do grupo dos médicos, e assim sucessivamente.

## RESULTADOS

### Concepções dos Sujeitos Sociais da Clínica Dialítica sobre Promoção da Saúde

A saúde em seu conceito ampliado, definido como resultado dos modos de organização social da produção, no contexto histórico de uma sociedade e como direito fundamental para a vida e garantia da cidadania, exige a formulação e implementação de políticas públicas que invistam na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos<sup>(14)</sup>.

Atualmente, o MS do Brasil colocou em rediscussão a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual está referenciada neste conceito ampliado de saúde. Tal política tem como propósito específico: (...) contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema – hegemonicamente baseado no conhecimento biológico, no parque tecnológico médico e na atenção individualizada e fragmentária - de maneira a reduzir os padrões de vulnerabilidade e riscos às doenças e agravos à saúde<sup>(15)</sup>.

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

As falas a seguir ilustram as concepções expressas pelos sujeitos sociais deste estudo, acerca da "promoção da saúde":

*Promove-se saúde por meio de "terapia dialítica adequada" [G1A2].*

*É o bem estar biológico, psíquico e de total integração da sociedade, sem limitações pela doença [G1A1].*

*Dentro de um hospital, atender bem, melhorar o serviço, deixar em melhores condições [G3A1].*

*No caso da clínica de diálise tentar prolongar o máximo a vida deles (...) melhorar pelo menos a qualidade de vida deles através da dieta, restrição de líquido [G3A5].*

*Uma melhor qualidade de vida (...). No caso dos pacientes da diálise, (...) é preciso ter condições financeiras para garantir a comida, o transporte (...) o remédio (...) e (...) lazer [G3A16].*

Os textos dos sujeitos sociais da clínica sobre promoção da saúde retratam distintas abordagens, que vão desde um nível de atenção básica de saúde, principalmente nos aspectos relacionados à prevenção de doenças, até uma concepção mais abrangente que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida das pessoas, transcendendo o setor saúde.

Tal produção discursiva demonstra que a atenção à saúde na clínica dialítica não está restrita à concepção da Clínica Oficial, embora esteja fortemente ligada a esta. Além das expressões lingüísticas presentes nos textos dos sujeitos sociais deste estudo, identificamos no cotidiano da clínica, durante o período da observação-participante, expressões simbólicas que suplantam o espaço da Clínica Oficial. Destacamos a capacidade dos profissionais de escutar as pessoas em terapia hemodialítica. Observamos que, na maioria das vezes, esta ação não está restrita à busca de um diagnóstico e que não se constitui um ouvir passivo.

Ouvir as queixas significou, muitas vezes, enxugar as lágrimas porque o filho foi para São Paulo à procura de melhorar as condições financeiras da família; ouvir as queixas significou orientação, mas também escutar desabafo de problemas familiares, da discordância de posturas de alguns profissionais e de negação ao tratamento. É bem verdade que as queixas clínicas são tão prevalentes e envolvidas de significado que são entendidas tanto por profissionais quanto pelas pessoas em terapia hemodialítica como prioritárias. Também foi evidenciado, pela própria complexidade da vida, que nem os profissionais dispunham de meios para resolubilidade dos problemas, embora, muitas vezes, as pessoas não buscassem de fato resolver o problema, mas desabafá-lo e assim elas seriam mais bem compreendidas naquele espaço da clínica.

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

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

Para Paim e Almeida Filho<sup>(16)</sup>, o campo científico da saúde passa por uma "crise epistemológica, teórica e metodológica, isto é, uma crise paradigmática."; estando em transição de um modelo flexneriano, fundamentalmente baseado no biológico, cuja interpretação dos fenômenos vitais produz o culto à doença e a

devoção à tecnologia para um apelo à sedimentação do conceito de saúde como condição de cidadania<sup>(17)</sup>.

Esta crise exige a superação da relação dicotômica entre saúde e doença e considera múltiplos fatores determinantes deste processo para a promoção da qualidade de vida da população. Os profissionais da clínica expressaram, ao longo do estudo, um discurso de compreensão deste objetivo, ainda que tenham apresentado em suas condutas predomínio do paradigma cartesiano, ao priorizar a doença/tratamento à pessoa que está como uma alteração (doença) no seu equilíbrio. Campos<sup>(13)</sup>, em seu estudo sobre Clínica do Sujeito, refere-se à idéia da doença como parte da vida humana. Assim, aponta para um profissional de saúde híbrido, que tenha uma ação clínica centrada no sujeito, na pessoa real, mas que também considere a doença como prática desta existência.

Os conceitos relacionados ao processo saúde-doença, assim como as ações da Medicina e Enfermagem, têm seu histórico fortemente influenciado pelo modelo de sociedade capitalista<sup>(18)</sup>. A prática médica surge fundamentada num saber esotérico desconhecido pela maioria da população, conferindo-lhe poder e prestígio; enquanto isso, a prática da enfermagem surge no período pré-capitalista e parte do capitalismo, guardando fortes traços deste como o cuidado do doente.

Campos<sup>(13,19)</sup> e Cunha<sup>(20)</sup> relatam que a incorporação de críticas à Biomedicina não significa abrir mão de recursos de intervenção biomédica. Afirmamos que não só concordamos como afirmamos este entendimento no desenvolvimento deste estudo e de outros pré-existent<sup>(12,21)</sup>. Incluir novos saberes significa constatar que o conhecimento hegemônico na clínica, construído na lógica da instituição hospitalar, é indispensável à atenção a saúde, porém profundamente danoso quando utilizado de forma excludente, ou seja, utilizado isoladamente dos demais saberes<sup>(13)</sup>.

As associações profissionais são instâncias que podem contribuir para uma prática reflexiva, para um repensar da práxis dos profissionais. As diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia trazem alguns indicativos desta transição, já que normatizam ações no campo biológico, mas apontam a necessidades de atitudes que reconheçam na pessoa em tratamento um potencial para melhorar as suas próprias condições de saúde e colocam como desafio aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial sistêmica e incentivar políticas e programas comunitários, uma abordagem multiprofissional, atendimento as necessidades específicas de cada paciente, implementação de medidas educativas efetivas e permanentes<sup>(22)</sup>.

Neste sentido, nos reportamos às idéias de Campos<sup>(19)</sup>, ao afirmar que as grandes transformações dependem do desejo, da vontade de alterar o *status quo* e de um projeto construído conscientemente, vinculado ao exercício da razão. Assim, entendemos que são desafiadoras para os profissionais a compreensão e a incorporação de outras necessidades além das biológicas num mesmo patamar de prioridade, porém acreditamos ser isto viável. Para fortalecer nosso pensamento, parafrasearemos Campos<sup>(19)</sup>, ao retomar uma noção da dialética de que "se, por um lado, as coisas, ou as estruturas, determinam a vida das pessoas, por outro, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas, as normas, os valores e as estruturas".

Buss<sup>(23)</sup> assinala que, ao tratarmos sobre Promoção da Saúde, estamos nos referindo a aspectos que envolvem a relação entre sujeito e estrutura numa relação dinâmica e interdependente, tal

como articulação de saberes técnicos e populares e mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados.

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

A seguir, destacamos a comunicação e participação na perspectiva dos profissionais de saúde da clínica dialítica, por considerá-las como componentes essenciais das diretrizes da promoção da saúde; assim, partimos da premissa de que a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pessoas portadoras de IRC e a participação destes últimos no processo saúde-adoecimento-cuidado são determinante para a transformação da Clínica Oficial para a Clínica do Sujeito, ou seja, uma clínica promotora da saúde.

### **A comunicação na Clínica Dialítica: Potencialidades e Limites de Participação da Pessoa com IRC**

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

Acerca da comunicação entre profissionais da clínica e as pessoas portadoras de IRC, os seguintes discursos foram obtidos:

*Eu, como enfermeira, paro para ouvi-los e encaminho a quem é de direito: psicólogo, nutricionista, médico, etc. (...) Sem a comunicação nós não poderíamos fazer as orientações (...) [G2A1].*

*(...) a gente mais conversa com os pacientes, dizendo quais são os riscos que podem acarretar para a saúde deles, falamos o peso ideal, mostramos exemplo de colegas deles que não aderiram bem e se deram mal [G2A3].*

Estes discursos mostram que a comunicação, na clínica dialítica, foi apresentada por alguns dos sujeitos sociais do estudo como sendo uma relação de queixa-conduta e encaminhamento, orientação, repasse de informação do profissional para as pessoas portadoras de IRC.

Percebemos, ainda, nos textos destes sujeitos, uma hipervalorização do uso na comunicação do saber técnico-científico dos profissionais em detrimento do conhecimento das pessoas que buscam a atenção, desconhecendo, na maioria das vezes, suas crenças e valores.

A interação comunicativa entre profissionais e pacientes é prejudicada, em parte, em decorrência das diferenças social e cultural, particularmente dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, caracterizando-se uma prática a partir de ordens<sup>(24)</sup>. Essa compreensão foi elucidada nos textos dos próprios sujeitos sociais da clínica, ao mencionarem, por exemplo, que as pessoas e componentes familiares tendem a compreender melhor

as orientações quando verbalizadas pelos auxiliares de enfermagem.

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

Seguramente, estes aspectos identificados nos textos impõem desafios para a concretização de um processo de comunicação efetiva. A gênese dessa problemática reside no fato de as relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, seja como recurso terapêutico, seja como elemento de interseção nas relações entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço<sup>(25)</sup>. O estudo de Canesqui<sup>(26)</sup>, entretanto, revela que as relações entre usuários e profissionais são bastante valorizadas pelos primeiros, sendo, inclusive, apontado como potente indicador de qualidade, situação que difere da visão dos profissionais de saúde.

Diferentemente, os sujeitos sociais deste estudo reconhecem como importante um processo de comunicação efetivo, e indicam a necessidade de melhorar o processo de comunicação entre os membros da equipe, entre estes e as pessoas que dialisam e seus membros familiares.

A seguir, apresentamos as falas dos sujeitos sociais deste estudo acerca do processo de comunicação entre profissionais e pessoas portadoras de IRC:

*É preciso, por parte do profissional, linguagem adequada, compreensão das dificuldades que envolvem o paciente doente (...), e afetividade [G1A2].*

*A relação (...) eu concordo que seja importante, mas desde que tenha um limite, (...) o paciente no lugar dele lá e eu no meu aqui como auxiliar para não confundir (...) [G3A6].*

*Então você precisa ter um relacionamento estreito para eles ganharem confiança em você. (...) O que acontece é que não temos muito tempo para relacionarmos melhor [G3A14].*

Os profissionais argumentam, portanto, que, para ser efetiva, a relação depende dos seguintes fatores: linguagem adequada, compreensão das dificuldades dos pacientes, afetividade e respeito às diferenças. Neste sentido, o paciente passa a ser visto como pessoa que deve ser sujeito de seu processo. Apontam, ainda, como desafio o estabelecimento de confiança entre profissionais e pessoas portadoras de IRC. Recomendam um não-envolvimento particular e vêem o tempo no espaço da clínica dialítica como fator limitante para uma relação comunicativa efetiva.

A comunicação é indispensável para a atenção à saúde das pessoas. Chiesa e Veríssimo<sup>(24)</sup>, ao reconhecerem esta necessidade, afirmam que a tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois sozinha abrange conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, o profissional deve se envolver na interação pessoa a pessoa e ter o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia também reconhece, por meio de suas diretrizes, a relação entre 'paciente' e profissionais da equipe de saúde como um aspecto de real relevância, muito embora visualize como produto desta relação a adesão do

'paciente' ao tratamento. Apontam ainda que a sensibilidade do médico, o tempo dispensado ao atendimento e o cuidado em relação aos aspectos psicossociais dos pacientes merecem atenção<sup>(22)</sup>.

Para Nunes<sup>(6)</sup> quando o profissional se relaciona com o paciente, primeiro ele deve ouvir o que o paciente fala, em segundo lugar o que ele não deseja falar e em terceiro lugar o que ele não pode falar. Ele não deseja tencionar assuntos que são vergonhosos ou dolorosos; não pode falar aspectos subjetivos desconhecidos para ele. O exposto exprime a idéia de que a relação profissional de saúde e pessoas que buscam a atenção envolve aspectos da subjetividade e afetividade para além da objetividade queixa-conduta e repasse de informação; situação sentida e referida pelos sujeitos sociais da clínica, ao mencionarem a afetividade, o respeito às diferenças (subjetividade) para uma relação efetiva.

A relação de modo humanizado entre profissionais de saúde e pessoas que buscam atenção à saúde deve expressar o trabalho vivo em ato, sendo considerado por Merhy<sup>(27)</sup> como um trabalho criador, no qual se efetiva como processos de produção de relações intercessoras estabelecidas no encontro entre aqueles. Neste encontro, transpõem-se os saberes tecnológicos estruturados e incorporam-se o acolhimento e o vínculo.

A comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com inseguranças e resistências depende do desenvolvimento de habilidades de escuta, de observação, diálogo - pergunta e resposta - sendo portanto, algo construído processualmente<sup>(24)</sup>. Nos processos comunicativos, torna-se necessário o conhecimento do contexto histórico-social e cultural das pessoas envolvidas, no qual o uso de *linguagem adequada por parte do profissional* bem como a *compreensão das dificuldades dos pacientes* estejam presentes.

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

*Não são participativos por desconhecerem a gênese de sua doença e por falta de estímulo da equipe (...) Socialmente, são pessoas sem "experiência" de participação. Acho que esta falta de participação tem a ver com o nível social de nossa clientela [G1A1].*

*A participação é muito pequena, Não cumprem com a dieta, não seguem a medicação (...) e faltam ao tratamento dialítico (...) não conhecem (...) bem a doença e qual o papel deles, aí acabam achando que o tratamento é de responsabilidade só do profissional. [G2A2 e G3A1]"*

*Poucos se interessam em aprender mais sobre sua doença e tratamento. Eles participam de modo muito tímido (...) Alguns demonstram interesse e ajudam na melhoria do andamento do tratamento [G2A3].*

*Não participam, apenas reclamam. Talvez porque não encontram este espaço ou por não ter segurança nos profissionais [G3A11].*

A participação da pessoa com IRC no processo saúde-doença cuidado, na visão dos sujeitos sociais da clínica, está diretamente

relacionada a seguimento à tríade terapêutica (terapia dialítica, dietoterapia e farmacoterapia) e à manifestação de interesse em conhecer a doença e tratamento.

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

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

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

Para Cunha<sup>(20)</sup>, é importante que busquemos produzir coresponsabilidade nas pessoas e não culpa. A culpa anestesia, humilha, pode originar resistência. Tal postura profissional pode revelar, segundo o autor, um modo inconsciente de o profissional lidar com as limitações da terapêutica instituída e, desta forma, transfere o ônus de um possível insucesso para a pessoa, excluindo-se do processo (tua culpa, minha salvação?)

Participar é ter poder de definir sobre os fins e os meios; nesse sentido, a participação pode ser melhor traduzida como uma estratégia/pedagogia de aprender a ter poder<sup>(28)</sup>. Neste sentido, acrescenta o autor, participar é ir definindo permanentemente os fins e os meios das práticas que estejam sendo desenvolvidas. Assim, dizer que participação é o poder de definir fins e meios é

*dizer que a colaboração limitada só ao nível da implementação de objetivos que alguém, (...), definiu como sendo bom e adequado para determinados grupos em determinadas situações, em vez de uma estratégia de participação, se torna em mais um instrumento de negação.*

Os sujeitos sociais da clínica revelam nas suas condutas que a comunicação e participação na clínica dialítica é limitada. Neste contexto, as pessoas portadoras de IRC possuem poucas possibilidades de exercer autonomia no seu cuidado. A autonomia constitui-se na possibilidade de a pessoa suprir seu próprio desejo e necessidades por meios próprios ou por meios disponibilizados socialmente<sup>(29)</sup>. Autonomia é poder, seja físico, psíquico, mental, social ou econômico. No campo específico da saúde, acrescenta o autor, a autonomia se expressa em situações como o direito de dizer não para a terapia intensiva, por exemplo, ou o de estabelecer o que é aceitável como terapia, considerando a possibilidade de preservação de qualidade de vida. Acrescenta ainda que o conceito de autonomia é um conceito-chave para a estratégia promocional da qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise discursiva permitiu perceber que não há consenso na concepção da clínica enquanto espaço promotor da saúde pela diversidade epistemológica do significado de promoção da saúde, no entanto, infere-se na subjetividade dos profissionais o desejo de uma comunicação efetiva e eficaz, estratégia necessária importante para ressignificar o espaço da clínica na perspectiva da promoção da saúde. Assim, percebemos ser necessário envidar esforços e estudos que estimulem a clínica a ações promotoras de saúde, nessa situação em particular, a uma práxis dos profissionais da clínica de diálise, pautada numa relação dialógica entre profissionais de saúde e pessoas que buscam atenção à saúde, partindo da premissa de que ambos constituem sujeitos do processo e que o papel da pessoa com IRC suplanta a frequência à diálise, o seguimento a prescrição medicamentosa e a observância às orientações dietéticas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Macdonald G, Bunton R. Health promotion: discipline or disciplines? In: Macdonald G, Bunton R. Health Promotion: disciplines and diversity. London (UK): New Fetter Lane; 1992.
3. Naidoo J, Wills J. Models and approaches to health promotion. In: Naidoo J, Wills J. Health Promotion: Foundations for practice. London (UK): Bailliere Tidal Royal College of Nursing; 1994.
4. Smeke ELM. Educação popular em saúde e formação profissional. Rev Atenção Prim Saúde 2002; 4(9): 25-32.
5. Nunes ED. A relação médico/paciente como um sistema social: um texto de Henderson de 1935. In: Nunes ED. Sobre a Sociologia da Saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1999. p. 59-73.
6. Malo M. A promoção da saúde e a estratégia saúde da família. Conferência proferida na I mostra sobralense de saúde da família. Sobral (CE): Arquivo Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia; 2003.
7. Gorrie S. Patient education: a commitment. Ann J 1992; 19(5): 504-6.
8. Barbosa JC. Compreendendo o ser doente renal crônico [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1993.
9. Gualda DMR. Humanização do processo de cuidar. In: Ciacciarullo TI. A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial. São Paulo (SP): Ícone; 1998.
10. Cesarino CB, Casagrande LDR. Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(4): 31-40.

11. Dias MSA. Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica. Fortaleza (CE): UVA/ UFC; 2001.
12. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 2003.
13. Minayo MCS. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2002.
14. Ministério da Saúde (BR). Núcleos de Saúde Integral. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: documento preliminar para discussão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
16. Paim JS, Almeida Filho N. A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador (BA): Casa da Qualidade Editora; 2000.
17. Scherer MDA, Marino, SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. In: Interface: Comun Saúde Educação 2004; 9(16): 9-24.
18. Maciel-Lima SM. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. Cad Saúde Pública 2004; 502-11.
19. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciências da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1997. p. 29-87.
20. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004.
21. Dias MAS, Araújo, TL, Barroso MGT. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. Rev Escol Enferm USP 2002; 35(4): 354-60.
22. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Banco de teses. [citado em: 6 mai 2003]. Disponível em: URL: <http://www.sbn.org.br/teses.htm>
23. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva 2000; (5): 163-77.
24. Chiesa AM, Veríssimo MLR. A educação em saúde na prática do PSE. In: Ministério da Saúde (BR). Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42.
25. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde. [citado em 9 jun 2005]. Disponível em: URL: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25&infoid=149&tpl=view%5Fparticipantes>
26. Canesqui AM. Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: Spínola AW. Pesquisa social em saúde. São Paulo (SP): Cortez; 1992. p. 175-205.
27. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Praxis em salud: un desafío para lo público. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1997.
28. Sales I. Caderno de referência: Programa de Capacitação dos Conselheiros Municipais de Educação. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2004.
29. De Negri A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transeitorialidade das políticas públicas. In: Sperandio AMG. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas (SP): IPES Editorial; 2004.