

Reflexão sobre o cuidar a partir do cenário da hemodiálise

O corpo como mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado

Reflection on care-taking from hemodialysis: the body as a mediator of the relation between the one who takes care and the one that is well-taken care of

Reflexión sobre el cuidado a partir de la escena de hemodiálisis: el cuerpo como mediador de la relación entre el cuidador y aquél que recibe cuidados

Antônio Fernandes Costa Lima*

RESUMO: Este estudo tem como finalidade a reflexão teórica sobre a concepção do corpo na interação entre o profissional de saúde e o paciente renal crônico a partir do cenário da hemodiálise. Busca propiciar questionamentos sobre a formação do profissional de saúde, focalizada nos processos corporais, ressaltando a importância do resgate da dimensão espiritual e mental do ser humano.

DESCRIPTORIOS: Diálise renal-enfermagem, Cuidadores, Profissional de saúde-formação

ABSTRACT: This study has as its purpose a theoretical reflection on the conception of the body in the interaction between the health professional and the chronic renal patient from the scene of hemodialysis. It aims to present a critical discussion on the formation of the health professional, focused in the corporal processes, standing out the importance of rescuing human beings mental and spiritual dimension.

KEYWORDS: Renal Dialysis-nursing, Carers, Health professional-formation

RESUMEN: Este estudio tiene como propósito la reflexión teórica sobre el concepto de cuerpo en la interacción del profesional de salud y el paciente renal crónico a partir de la escena de hemodiálisis. Procura presentar cuestionamientos sobre la formación del profesional de salud, enfocada en los procesos corporales, destacando la importancia del rescate de las dimensiones espiritual y mental del se humano.

PALABRAS-LLAVE: Diálisis renal-enfermería, Cuidadores, Profesional de salud-formación

Introdução

A vivência com indivíduos portadores de insuficiência renal crônica (IRC) em programa de hemodiálise possibilitou-me compreender que as manifestações corporais, juntamente com o aparecimento dos sintomas, são geralmente os primeiros indicadores que os fazem perceber que algo está errado, que alguma coisa diferente está acontecendo, evidenciando a necessidade de buscar o auxílio médico.

Ao ser diagnosticada a IRC, torna-se necessária a escolha de uma modalidade terapêutica que pode

variar desde a utilização de medicações e restrições dietéticas até a urgência de iniciar-se um tratamento que substitua a função renal, como a diálise peritoneal ou a hemodiálise, uma vez que a perspectiva do transplante renal, que é considerado o tratamento ideal, na maioria dos casos não é viável a curto prazo. A opção por uma ou outra modalidade terapêutica dependerá de vários fatores, tais como o grau de comprometimento da função renal, o estado clínico do indivíduo doente, as queixas por ele referidas e os resultados dos exames laboratoriais.

Nas últimas décadas, a hemodiálise tem sido considerada um método consagrado para o tratamento da IRC terminal, ainda que seja tecnicamente o mais complexo, quando comparado aos outros métodos terapêuticos alternativos (Rocha, 1990). Segundo Draibe (1991), a hemodiálise é a modalidade de tratamento dialítico mais aceita universalmente. Borges (1998) enfatiza ainda que ela é considerada também o método mais eficaz e o mais utilizado.

Vale ressaltar que para a viabilização desse método dialítico é necessário a observação de requi-

* Enfermeiro. Diretor técnico do Serviço de Apoio Educacional do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Doutor pelo Programa Interunidades da USP. tonifer@usp.br

sitos básicos, como a obtenção de uma via de acesso à circulação sanguínea, a utilização de materiais e equipamentos específicos, a disponibilidade de profissionais especializados e locais com adequada infra-estrutura.

Para a realização da hemodiálise é imprescindível a criação de uma via de acesso à circulação sanguínea. Nos casos urgentes, em que este tratamento deva ser iniciado imediatamente, o indivíduo é hospitalizado e é realizada a introdução de um cateter de duplo lúmen numa veia de grande calibre (jugular, subclávia ou femoral). Quando é possível o planejamento do início da hemodiálise — em médio ou longo prazo, de acordo com o comprometimento da função renal —, opta-se geralmente pela criação cirúrgica de uma fístula artério-venosa (ligação entre uma veia e uma artéria) em regiões distais dos membros superiores (antebraço ou braço).

A fístula artério-venosa é o primeiro sinal, a primeira marca física de que a doença se estabeleceu no corpo do indivíduo. Ela significa a entrada na hemodiálise, informa que ele se tornou um paciente renal crônico e que faz parte de um grupo com o qual terá que conviver três vezes por semana, em média quatro horas a cada vez. Com a sua criação, o paciente é iniciado na hemodiálise e passa a sofrer a imposição da cultura hospitalar e do grupo (Bury, 1997).

A cada sessão de hemodiálise, faz-se necessária a punção da fístula artério-venosa com agulhas calibrosas. O indivíduo é obrigado a conviver com a rotina de punções frequentes, até que acaba por se conformar com este procedimento. Deverá ainda incorporar uma série de orientações referentes aos cuidados com a fístula artério-venosa para promover a sua adequada preservação e prevenir a ocorrência de complicações tais como trombose, isquemia, edema e infecções.

Quando ocorre a introdução de um cateter de duplo lúmen, preferencialmente em veia jugular ou subclávia, o indivíduo vivencia a presença de um dispositivo estranho inserido em seu corpo, que poderá dificultar, em maior ou menor intensidade, a realização de algumas atividades diárias como tomar banho e realizar mudanças de posição, causar desconforto e dor na realização de alguns movimentos, além de chamar a atenção das pessoas para sua imagem corporal, que será alterada. Há também a preocupação em cuidar do curativo aplicado no local de inserção do cateter, seguindo as orientações recebidas, para evitar a ocorrência de infecção, uma das possíveis complicações que poderiam agravar o seu estado atual.

Com a criação cirúrgica da fístula artério-venosa, ou com a inserção do cateter de duplo lúmen, o indivíduo experimenta o início de uma série de “agressões corporais necessárias” que ocasionam a alteração da sua auto-imagem, ou seja, mais uma condição a ser vivenciada na trajetória desconhecida da doença.

Tais vivências vão ao encontro das colocações de Bury (1997), quando este enfatiza que, se por um lado as pessoas vislumbram a possibilidade de cura ou melhora ao procurarem os serviços de saúde, por outro tomam consciência da necessidade da convivência com tratamentos, intervenções e cuidados que geralmente são obrigatórios, de longa duração e, em alguns casos, dolorosos.

A hemodiálise, apesar de possibilitar a melhora da condição física e a redução dos sintomas, configura-se em uma fonte causadora de tensão e ansiedade por ameaçar a integridade física e mental do indivíduo, não lhe proporcionando a cura da doença que ocasionou a perda da função renal, que segue a sua evolução natural.

Os profissionais responsáveis pelos pacientes em programa de hemodiálise também experimentam os sentimentos de tensão e ansiedade que esta modalidade terapêutica propicia. Isto porque ela exige a constante observação dos sinais e sintomas apresentados, do funcionamento dos equipamentos e materiais utilizados, além de competência para a resolução de ocorrências ou para a minimização de suas conseqüências.

Em cenário tão complexo, a relação entre o profissional e o indivíduo doente é antes de tudo uma relação interpessoal. Nessa relação, o profissional torna-se integrante da rede social do indivíduo doente, e pode passar a ser considerado por ele como um ente querido. Quando o profissional está sensível e disponível para compartilhar dessa interação, marcada pelo encontro de indivíduos que vivenciam diferentes lados de uma mesma situação, assume um papel importantíssimo e seu apoio torna-se fundamental para o indivíduo e seus familiares, que poderão assimilar e responder melhor à doença crônica e ao tratamento. Esse estreitamento nas relações favorece o estabelecimento de um vínculo que faz com que os profissionais, pacientes e familiares, compartilhem dos sucessos e fracassos, expressos pelos corpos, vivenciados mutuamente no contexto da hemodiálise e por eles passem a ser influenciados.

Entretanto, a realidade nos mostra que, infelizmente, muitos profissionais atuam focalizando apenas a doença, priorizando os tratamentos direcionados aos processos do corpo sem valorizar as experiências do indivíduo doente e os significados que ele atribui ao fato concreto de ter que conviver com uma doença crônica que o torna dependente, temporária ou definitivamente, de uma máquina para sobreviver. Ainda são poucos os

que conseguem visualizar o paciente como um ser integral que possui, além do corpo, mente e alma e que tem sua maneira singular de ser e estar no mundo.

Considerando a importância do tema apresentado este estudo tem por finalidade a reflexão teórica sobre o significado do corpo na interação profissional de saúde e paciente renal crônico a partir do cenário da hemodiálise.

Refletindo a respeito de diferentes concepções do corpo

O fundamento de nossa inserção no mundo é o corpo, que antes de constituir-se num objeto — o nosso corpo, que miramos no espelho; o corpo do outro, cuja figura avaliamos; o organismo sobre o qual intervêm as ciências médicas — é a dimensão do nosso próprio ser. Portanto, a subjetividade é sempre uma relação entre o corpo e a consciência, sendo o corpo o *locus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (Alves, Rabelo, Souza, 1999).

Nascemos, crescemos, nos relacionamos, adquirimos conhecimentos e experiências por meio de diferentes vivências, desenvolvemos projetos de vida pessoais e profissionais, vivenciamos sucessos e fracassos, perpetuamos a espécie, envelhecemos, morremos. Como tudo isto seria possível se não tivéssemos um corpo? É o nosso corpo que nos remete à condição de indivíduos e traz impresso em si muito do que fomos, do que somos e até mesmo do que seremos. Por meio dele podemos expressar as nossas crenças, os nossos valores, enfim, a nossa maneira peculiar de compreender o mundo, nele atuarmos e nos situarmos.

Nesse sentido, Villaça e Góes (1998) afirmam que o corpo, mediador entre o eu e o mundo, não cessa de enviar mensagens e é personali-

zado por ser aquele em que vivemos, que atravessou seus próprios dramas, sofreu traumatismos e inscreveu nele mesmo a sua história.

De acordo com Siebert (1995) o corpo gera sensações, emoções e imagens, expressando-se de diferentes formas determinadas e influenciadas pela cultura. Para esse autor, a sociedade é uma realidade objetiva e um produto humano, ao mesmo tempo em que pode se dizer que o homem é também um produto social.

O significado do corpo está intimamente relacionado com a construção da subjetividade, que é influenciada pelo contexto social e por determinado momento histórico. Na época medieval o corpo era analisado como a oportunidade do pecado e corrupção da alma, idéia criada pelo cristianismo e reforçada pela Igreja católica. A partir do século XVIII o corpo é visto como uma máquina, fato reforçado após a Revolução Industrial que o reconhece e valoriza em virtude de sua capacidade produtiva.

Na história da ciência ocidental o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, sendo a doença encarada como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos. Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina perdeu de vista o paciente como ser humano e reduziu a saúde a um funcionamento mecânico (Capra, 1982).

Sendo o corpo considerado uma máquina, o papel das ciências da saúde é o de colocá-lo em condições ideais para garantir a produção, e a qualidade de vida passa a ser considerada como biológica, vinculada a um tempo maior de vida dos indivíduos.

Capra (1982) ressalta que todas as ciências estão diante de um novo paradigma, que essa mudança envolve uma transição do mo-

delo mecanicista newtoniano para a aceitação do paradigma einsteiniano. Nessa nova concepção, o universo e o homem deixariam de ser vistos como uma máquina composta por partes, para serem descritos como um todo dinâmico, indivisível e essencialmente inter-relacionado.

Apesar desse importante alerta de Capra, dado há duas décadas atrás, observa-se ainda a perpetuação do inadequado modelo mecanicista. Botsaris (2001) mostra que a medicina atual baseia-se em conceitos ultrapassados, originários da física newtoniana e da filosofia cartesiana, com visão reducionista e raciocínios lineares, impróprios para explicar os sistemas biológicos e, em particular, o ser humano.

Para a construção de seu conhecimento, a enfermagem adotou o modelo biomédico organicista, cujos valores estão baseados no determinismo mecanicista, e desde então passa a ter também a visão reducionista, fragmentada, que desmonta e separa, para analisar e entender as coisas, empobrecendo a percepção e a compreensão global do ser humano. Na sua aventura evolucionária, a enfermagem foi se afastando lentamente do sentimento de solidariedade e compaixão e o cuidado natural, afetivo e solidário foi substituído pelo cuidado científico (Urasaki, 2000).

Assim, a medicina e a enfermagem vêm compactuando, ao longo de décadas, o mesmo processo de formação deficiente dos seus profissionais, ao reduzirem o ser humano a órgãos e sistemas compartimentalizados, descostruindo-o inicialmente em disciplinas específicas, como, por exemplo, a anatomia, a fisiologia, a bioquímica e a farmacologia, para a seguir construí-lo como um corpo doente, que terá seus órgãos e partes tratados por especialistas que se utilizarão de medicamentos e recursos sofisticados.

Considerando tais aspectos citados, me vejo remetido novamente à questão do corpo, pois ao mesmo tempo em que ele é o instrumento utilizado pelos profissionais de saúde (o seu próprio corpo) para desenvolverem as ações inerentes ao seu trabalho, ele é também o foco essencial do seu cuidado (o corpo daquele que é cuidado).

O corpo não é uma máquina, não é um feixe de ossos, músculos e sangue, não é uma rede de causas e efeitos, não é um receptáculo para uma alma ou uma consciência: é o modo fundamental de ser e estar no mundo, de se relacionar com ele e consigo próprio. Ele é visível-vidente, tátil-tocante, sonoro-ouvinte-falante. O corpo se vê tocando, se escuta escutando e falando, um sensível que sente, que se sabe sentir sentindo. É uma interioridade exteriorizada e uma exterioridade interiorizada (Santos, Fenilli, 2000).

Sant'ana (2001) diz que o corpo, território tanto biológico quanto simbólico, é um verdadeiro arquivo vivo, inesgotável fonte de desassossego e prazeres, e pode revelar diversos traços da fisiologia e da subjetividade de um indivíduo. Essa autora destaca ainda o fato concreto do corpo ser uma evidência que acompanha todo ser humano, sendo finito e sujeito a transformações nem sempre desejáveis ou previsíveis.

Nesse sentido, a questão da finitude acompanha e atormenta aos

profissionais da área da saúde que não conseguem se libertar do modelo biomédico reducionista, por terem como meta a ser alcançada a cura do corpo e a vitória sobre a morte. Por isso o contato com as doenças crônicas e as consideradas "terminais" gera sensações de fracasso e impotência, mesmo que não explicitadas, ao evidenciarem as transformações corporais indesejadas e imprevisíveis que influenciam o modo do indivíduo ser e de estar no mundo.

Considerações finais

O surgimento da doença na vida do indivíduo representa um marco divisor, ao sinalizar que a sua história de vida não será mais a mesma, pois além dele precisar reestruturar as dimensões do viver com a doença, buscando reduzir seus efeitos perturbadores, terá que manejar as alterações, principalmente as corporais, que ela porventura possa provocar.

Concordo com Remen (1993) quando ele ressalta a doença como um processo contínuo de aprendizado e crescimento que precisa ser reconhecido para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais realista. Essa mudança de perspectiva em relação à doença indica aos profissionais e pacientes que a eliminação de sinais e sintomas representa apenas uma parte da solução da doença e mostra que sua ação, sempre que possível,

deve ser direcionada no sentido de garantir que o sofrimento inevitável não se torne sem sentido e mal aproveitado.

Nos últimos anos observamos o esforço conjunto de profissionais compromissados com a assistência ao ser humano e instituições de ensino idôneas, que vêm reformulando seus programas de formação dos profissionais de saúde, na tentativa de mudar o atual panorama de saúde. Porém, há muito a fazer para preencher as lacunas existentes. Acredito que para resgatarmos a integridade e totalidade do ser humano precisamos discutir, nos diferentes espaços possíveis, a base de construção do conhecimento nas ciências da área da saúde, o processo de formação dos profissionais e até mesmo a complexidade de fatores que compõem a biografia de cada indivíduo.

O grande desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde será o de aprender a compartilhar com o paciente a experiência da doença, tentando ajudá-lo a encontrar, por si mesmo, uma forma saudável de viver apesar das limitações e restrições que se fizerem presentes. Evidentemente, não existem respostas prontas de como agir a fim de atingir este nobre propósito, no entanto, se realmente nos solidarizarmos com o outro, reconhecendo e aceitando seus medos e suas angústias, fornecendo-lhe informações claras e respeitando suas escolhas, estaremos seguindo na direção certa.

REFERÊNCIAS

- Alves PCB, Rabelo MCM, Souza IM. Introdução. In: Rabelo PCB et al. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: FioCruz; 1999. p.11-22.
- Borges ZN. A construção social da doença: um estudo das representações sobre o transplante renal. In: Leal OF. Corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre: UFRGS; 1995. p.361-77.
- Borges ZN. Motivações para doar e receber: estudo sobre transplante renal entre vivos. In: Duarte LFD, Leal OF. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FioCruz; 1998. p.169-79.
- Botsaris AS. Sem anestesia: o desabafo de um médico. Os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Bury M. Health and Illness in a changing society. London: Routledge; 1997. p. 110-40.
- Capra F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix; 1982.
- Draibe SA. Diálise crônica e transplante renal. In: Prado FC; Ramos JÁ; Valle JR. Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 1991. p.334-7.
- Remen RN. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus; 1993; p.99-127.
- Rocha PPR et al. Sobrevida em diálise: análise do desempenho de um centro satélite (6 anos) J Bras Nefrol. 1990;12(2):p.40-4.
- Sant'ana. É possível realizar uma história do corpo? In: Soares CL, organizador. Corpo e história. Campinas: Autores Associados; 2001. p.3-41.
- Santos OMB, Fenilli RMO. O corpo e seu significado na visão de Merleau-Ponty. Rev Nursing. 2000; 25:20-3.
- Siebert RSS. As relações de saber-poder sobre o corpo. In: Romero E, organizador. Corpo, mulher e sociedade. Campinas: Papirus; 1995. p. 15-41
- Urasaki MBM. A interconexão da sensibilidade e da razão no cuidar.[tese] São Paulo (SP): UNIFESP/EPM; 2000.
- Villaça N, Góes F. Em nome do corpo. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
-

Recebido em 25 de outubro de 2005
Aprovado em 22 de novembro de 2005