



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ALINE BRANDÃO SANTANA

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: abordagem fenomenológica**

FEIRA DE SANTANA - BA

2018

ALINE BRANDÃO SANTANA

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: abordagem fenomenológica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Enfermagem, da Linha de Pesquisa: “Produção do Cuidado em Enfermagem”.

Orientadora: Prof^a. Dra. Elaine Guedes Fontoura.

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S223 Santana, Aline Brandão

Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise : abordagem fenomenológica / Aline Brandão Santana. – 2018. 98 f. : il.

Orientadora : Elaine Guedes Fontoura.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Hemodiálise – tratamento. 2. Pacientes – Insuficiência renal.
3. Sentimentos. 4. Fenomenologia. I. Fontoura, Elaine Guedes, orient.
II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU 616.61-78:165.62

Elaboração: Luis Ricardo Andrade da Silva - Bibliotecário - CRB-5/1790

ALINE BRANDÃO SANTANA

**SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: abordagem fenomenológica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem, (MESPEnf) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Produção do Cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Apreciada em 22 de fevereiro de 2018

Elaine Guedes Fontoura _____

Doutora em Enfermagem – Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro titular – orientadora

Darci de Oliveira Santa Rosa _____

Doutora em Enfermagem – Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA)

Membro titular

Maria Geralda Gomes Aguiar _____

Doutora em Enfermagem – Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro titular

Marluce Alves Nunes Oliveira _____

Doutora em Enfermagem – Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Membro suplente

“Não posso escolher como me sinto, mas posso escolher o que fazer a respeito”

William Shakespeare

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos aqueles que estão em tratamento hemodialítico, pois enquanto trabalhava como enfermeira assistencial de um centro de diálise, foram as suas vivências que transformaram a minha forma de ver o mundo e despertaram em mim o desejo de estudar sobre a temática sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise e tentar modificar a realidade que nos cerca.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço a Deus, pois sua graça é fundamental na realização de qualquer feito. A perseverança pelo conhecimento, e, sobretudo a fé, me permitiram acreditar que cursar o mestrado era possível. Nos momentos de dificuldade, da crença em Deus extraí forças para continuar.

À toda minha família, e em especial aos meus pais. À minha mãe, pelo ser especial e único que é, por sempre me incentivar, e dentro do seu saber, me ajudar na construção desse trabalho. Ao meu pai, por embarcar comigo na estrada da vida e me guiar enquanto eu dormia recarregando as energias. Agradeço também ao meu esposo, pelo amor e companheirismo, que no início da nossa vida a dois foi capaz de compreender a minha ausência, e com seus gestos e palavras amorosas me deu forças para concluir este projeto. E não posso esquecer das minhas queridas tias, Lu e Poly. Quando o mestrado me parecia um sonho distante, tia Lu me fez ver que eu tinha pernas para ir em busca do que desejava. Poly, que para mim é como irmã e não uma tia, com seu jeito divertido de ser, foi capaz de me fazer enxergar que momentos difíceis também podem ser vividos com alegrias. Toda a minha família, inclusive os não citados nominalmente, merecem a minha gratidão pois cuidaram de mim e me proporcionaram condições de cursar o mestrado.

Agradeço a minha orientadora Prof^a. Dra. Elaine Guedes Fontoura por percorrer junto comigo o caminhar fenomenológico. Obrigada por aceitar o desafio de buscar desvelar os sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise, contribuindo para o meu saber, crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Feira de Santana, seu corpo docente e equipe administrativa que criaram o Programa do Mestrado Profissional em Enfermagem e hoje trabalham para zelar pela qualidade do mesmo.

Aos amigos que cativei ao longo do mestrado, pois estes serão sempre lembrados uma vez que ocupam um lugar muito importante no meu coração.

Aos integrantes da banca examinadora, que desde o momento da qualificação do projeto deram contribuições importantes para construção deste estudo.

Ao Instituto de Nefrologia e Diálise e sua equipe multiprofissional que abraçaram nossa proposta de pesquisa e nos proporcionaram condições para torná-la real.

Ao Instituto de Urologia e Nefrologia de Feira de Santana, instituição da qual fiz parte como colaboradora enquanto cursava o mestrado. O trabalho enquanto enfermeira assistencial de hemodiálise fez despertar o desejo de estudar sobre a temática que deu fruto a essa dissertação. Agradeço a acolhida, a flexibilização de meus horários de trabalho, e incentivo a ir em busca desta conquista.

RESUMO

SANTANA, Aline Brandão. **Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica.** 2018. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana, 2018.

Introdução: As pessoas diagnosticadas com insuficiência renal crônica necessitam ingressar em programa de hemodiálise e ficam dependentes do tratamento prolongado e doloroso para sobreviver, com limitações e mudanças que repercutem na sua vida e na dos seus familiares

Objeto de estudo: Sentimentos vivenciados pelas pessoas em tratamento de hemodiálise.

Questão de investigação: Como as pessoas com insuficiência renal crônica vivenciam sentimentos diante do tratamento hemodialítico? **Objetivo da investigação:** Compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem fenomenológica sob à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. Foi desenvolvido no Instituto de Nefrologia e Diálise no município de Salvador, Bahia, no ano 2017, após o projeto ser sido apreciado conforme CAAE nº 62441516.7.0000.0053 e aprovado nº parecer 1.884.353 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. Participaram do estudo doze pessoas em tratamento de hemodiálise. Os participantes responderam a um instrumento de coleta de dados socioeconômicos e culturais e a uma entrevista fenomenológica. Os achados foram analisados segundo a proposta de Martins e Bicudo, análise ideográfica e normotética.

Resultados: Emergiram as unidades de sentido e os constituintes de sentido: Vivenciando sentimentos no tratamento de hemodiálise: Sofrendo com hemodiálise, Esperando por mudanças, Experimentando o lado bom da hemodiálise; Enfrentando o tratamento de hemodiálise: Ingressando na hemodiálise, Negando a doença e o tratamento, Aceitando a hemodiálise, Lutando pela vida, Cumprindo regras da hemodiálise; Perdendo a liberdade na hemodiálise: Sobrevivendo através da hemodiálise, Aprisionando-se a hemodiálise e Isolando-se. Foram desvelados: o sofrimento, o pavor, a tristeza, a depressão, a dor e o medo. A dependência de sobreviver foi revelada como um tratamento que aprisiona o ser. No entanto, também expressaram bons sentimentos como a esperança, fé e gratidão. O adoecimento crônico faz com que o ser-no-mundo tenha que reaprender a viver, imerso em um mundo que o desafia a incorporar em sua vida as novas possibilidades de existir a partir do início do tratamento.

Concluindo o estudo: Compreende-se que os sentimentos vivenciados pelas pessoas em tratamento de hemodiálise são dicotômicos em relação ao tratamento e ao modo de ser-no-mundo. **Contribuições:** Proposta da formação de um grupo de apoio às pessoas submetidas a hemodiálise, com participação de familiares, acompanhantes e equipe de saúde e construção de um guia que auxilie na formação desse grupo.

Palavras Chave: Fenomenologia. Sentimentos. Percepção. Insuficiência Renal. Hemodiálise.

ABSTRACT

SANTANA, Aline Brandão. **Feelings experienced by people with chronic renal failure on hemodialysis: a phenomenological approach.** 2018. 98 f. Dissertation (Master in Nursing), Feira de Santana State University - Feira de Santana, 2018.

Introduction: People diagnosed with chronic renal failure need to undergo a hemodialysis program and are dependent on prolonged and painful treatment to survive, with limitations and changes that affect their life and that of their family. **Study Object:** Feelings experienced by people undergoing treatment of hemodialysis. **Research question:** How do people with chronic renal failure experience their feelings about hemodialysis? **Objective of the investigation:** To understand the feelings experienced by people with chronic renal failure on hemodialysis. **Method:** It is a study of phenomenological approach under the light of the phenomenology of Merleau-Ponty's perception. It was developed at the Institute of Nephrology and Dialysis in the city of Salvador, Bahia, in the year 2017, after the project was evaluated according to CAAE nº 62441516.7.0000.0053 and approved nº 1,884,353 by the Ethics and Research Committee of the State University of Feira de Santana. Twelve people on hemodialysis treatment participated in the study. Participants responded to an instrument for collecting socioeconomic and cultural data and a phenomenological interview. The findings were analyzed according to the proposal of Martins and Bicudo, ideographic and normothetical analysis. **Results:** Feeling units and sense constituents emerged: Experiencing feelings in hemodialysis treatment: Suffering from hemodialysis, Waiting for changes, Experiencing the good side of hemodialysis; Facing the hemodialysis treatment: Coming into hemodialysis, Denying the disease and treatment, Accepting hemodialysis, Fighting for life, Meeting the rules of hemodialysis; Losing freedom on hemodialysis: Surviving through hemodialysis, imprisoning hemodialysis and isolating himself. They were unveiled: suffering, dread, sadness, depression, pain and fear. Dependence on survival has been revealed as a treatment that imprisons being. However, they also expressed good feelings such as hope, faith and gratitude. The chronic illness causes the being-in-the-world to have to relearn to live, immersed in a world that challenges him to incorporate in his life the new possibilities of existing from the beginning of the treatment. **Concluding the study:** It is understood that the feelings experienced by people on hemodialysis treatment are dichotomous in regard to treatment and the way of being-in-the-world. **Contributions:** Proposal of the formation of a support group for people undergoing hemodialysis, with the participation of family members, companions and health staff and construction of a guide to assist in the formation of this group.

Keywords: Phenomenology. Feelings. Perception. Renal insufficiency. Hemodialysis.

RESUMEN

SANTANA, Aline Brandão. **Sentimientos vivenciados por personas con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis: enfoque fenomenológico.** 2018. 98 f. Disertación (Maestría en Enfermería), Universidad Estatal de Feira de Santana - Feira de Santana, 2018

Introducción: Las personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica necesitan ingresar en programa de hemodiálisis y dependen del tratamiento prolongado y doloroso para sobrevivir, con limitaciones y cambios que repercuten en su vida y en la de sus familiares. **Objeto de estudio:** Sentimientos vivenciados por las personas en tratamiento de hemodiálisis. **Cuestión de investigación:** ¿Cómo las personas con insuficiencia renal crónica experimentan sentimientos ante el tratamiento hemodialítico? **Objetivo de la investigación:** Comprender los sentimientos vivenciados por personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento hemodialítico. **Método:** Se trata de un estudio de enfoque fenomenológico bajo la luz de la fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty. Se desarrolló en el Instituto de Nefrología y Diálisis en el municipio de Salvador, Bahia, en el año 2017, después de que el proyecto fue apreciado conforme CAAE nº 62441516.7.0000.0053 y aprobado el dictamen 1.884.353 por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Estatal de Feira de Feira Santana. En el estudio participaron doce personas en tratamiento de hemodiálisis. Los participantes respondieron a un instrumento de recolección de datos socioeconómicos y culturales ya una entrevista fenomenológica. Los hallazgos fueron analizados según la propuesta de Martins y Bicudo, análisis ideográfico y normotético. **Resultados:** Emergieron las unidades de sintiendo y los constituyentes de sentido: Vivenciando sentimientos en el tratamiento de hemodiálisis: Sofrendo con hemodiálisis, Esperando por cambios, Experimentando el lado bueno de la hemodiálisis; Enfrentando el tratamiento de hemodiálisis: Ingresando a la hemodiálisis, Negando la enfermedad y el tratamiento, Aceptar la hemodiálisis, Luchando por la vida, Cumpliendo reglas de la hemodiálisis; Perdiendo la libertad en la hemodiálisis: Sobreviviendo a través de la hemodiálisis, Aprisionándose la hemodiálisis y aislándose. Se desvelaron: el sufrimiento, el pavor, la tristeza, la depresión, el dolor y el miedo. La dependencia de sobrevivir fue revelada como un tratamiento que aprisiona al ser. Sin embargo, también expresaron buenos sentimientos como la esperanza, la fe y la gratitud. La enfermedad crónica hace que el ser-en-mundo tenga que reaprender a vivir, inmerso en un mundo que lo desafía a incorporar en su vida las nuevas posibilidades de existir a partir del inicio del tratamiento. **Concluyendo el estudio:** Se comprende que los sentimientos vivenciados por las personas en tratamiento de hemodiálisis son dicotómicos en relación al tratamiento y al modo de ser en el mundo. **Contribuciones:** Propuesta de la formación de un grupo de apoyo a las personas sometidas a hemodiálisis, con participación de familiares, acompañantes y equipo de salud y construcción de una guía que auxilie en la formación de ese grupo.

Palabras Clave: Fenomenología. Sentimientos. Percepción. Insuficiencia Renal. La hemodiálisis.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CVC	Cateter Venoso Central
DC	Doenças Crônicas
DP	Diálise Peritoneal
DR	Doença Renal
DRC	Doença Renal Crônica
FAV	Fístula Arteriovenosa
GAP	Grupo de Apoio à Pessoa
HD	Hemodiálise
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INED	Instituto de Nefrologia e Diálise
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IUNE	Instituto de Urologia e Nefrologia
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NIPES	Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
Tx	Transplante Renal
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01** DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA / PARTE 01
- Quadro 02** DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA / PARTE 02
- Quadro 03** PRIMEIRO MOMENTO DE REFLEXÃO – PRÉ-ANÁLISE
- Quadro 04** SEGUNDO MOMENTO DE REFLEXÃO
- Quadro 05** TERCEIRO MOMENTO DE REFLEXÃO
- Quadro 06** QUARTO MOMENTO DE REFLEXÃO
- Quadro 07** TEMAS/PALAVRAS DE SIGNIFICADO
- Quadro 08** ORIENTAÇÕES PARA CRIAÇÃO DO GAP:
HEMODIÁLISE

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO O OBJETO DE ESTUDO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS FILOSÓFICOS	18
2.1	TER UMA DOENÇA CRÔNICA	18
2.2	HEMODIÁLISE E SENTIMENTOS RELACIONADOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	20
2.3	MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO: FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO POR MERLEAU-PONTY	25
3	PERCORRENDO O CAMINHO DA PESQUISA	31
3.1	DELINEANDO O ESTUDO	31
3.2	ADENTRANDO O ESPAÇO FENOMENOLÓGICO	32
3.3	INDO AO ENCONTRO EMPÁTICO COM OS PARTICIPANTES	33
3.4	CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO	34
3.5	ANALISANDO A DESCRIÇÃO E COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS: O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO	41
3.6	COMPREENDENDO OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
4	CONSTRUINDO A ANÁLISE IDEOGRÁFICA SOB A VOZ DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	48
4.1	VIVENCIANDO SENTIMENTOS NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	48
4.1.1	Sofrendo com hemodiálise	48
4.1.2	Esperando por mudanças	52
4.1.3	Experimentando o lado bom da hemodiálise	53
4.2	ENFRENTANDO O TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	56
4.2.1	Ingressando na hemodiálise	56
4.2.2	Negando a doença e o tratamento	57
4.2.3	Aceitando a hemodiálise	58
4.2.4	Lutando pela vida	59
4.2.5	Cumprindo regras da hemodiálise	60
4.3	PERDENDO A LIBERDADE NA HEMODIÁLISE	62

4.3.1	Sobrevivendo através da hemodiálise	62
4.3.2	Aprisionando-se a hemodiálise	63
4.3.3	Isolando-se	64
5.	CONSTRUINDO A ANÁLISE NOMOTÉTICA À LUZ DA FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY	65
5.1	VIVENCIANDO SENTIMENTOS NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	65
5.2	ENFRENTANDO O TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE	68
5.3	PERDENDO A LIBERDADE NA HEMODIÁLISE	69
	CONCLUINDO O ESTUDO	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	81
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS	83
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA	84
	APÊNDICE D – QUADRO DE ORIENTAÇÕES PARA A CRIAÇÃO DO GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE	85
	APÊNDICE E – GUIA PARA A CONSTRUÇÃO DO GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE	86
	ANEXOS	92
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	93

1 INTRODUZINDO O OBJETO DE ESTUDO

A doença renal (DR) deriva da perda das funções renais, agindo no organismo de forma silenciosa e comprometendo o funcionamento dos rins. Quando não diagnosticada e tratada precocemente pode levar à insuficiência renal crônica (IRC), fase mais avançada dessa patologia sem perspectiva de cura.

De acordo com Mattos e Maruyama, (2010, p. 429) “o adoecimento se constitui em uma experiência singular, pois integram os múltiplos significados tendo por base as experiências vividas por cada pessoa, em seus contextos socioculturais”.

A IRC comumente é descoberta já em fase terminal. O organismo antes assintomático passa a ser acometido por sinais e sintomas. Surgem as náuseas, vômitos, edema, anúria, prurido, entre outros, e é chegado o momento de instituir uma terapia renal substitutiva (TRS). Entre as modalidades de TRS estão a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (Tx) (BEZERRA; SANTOS, 2008).

As pessoas diagnosticadas com IRC que necessitam ingressar em programa de HD, geralmente são surpreendidas com a necessidade vital deste tratamento, passam a conviver com o fato de possuírem uma doença incurável, que as obriga a submeterem-se a um tratamento prolongado e doloroso que implica em limitações e mudanças de grande impacto com repercussões na sua vida e na de seus familiares (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

A pessoa com IRC passa a conviver com a condição de uma doença incurável, que implica na necessidade de tratamento doloroso e contínuo, predispõe ao aparecimento de outras complicações, aumenta suas limitações, causando impacto em suas vidas (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

Diante da necessidade de um novo tratamento vital, Coutinho e Costa (2015) relatam que são diversos os significados que perpassam no imaginário das pessoas submetidas a TRS, estes, abarcam desde o reconhecimento da gravidade da doença e do próprio tratamento, até as suas consequências, como os efeitos medicamentosos e os limites nos hábitos alimentares e na vida social. Essas situações adversas provocam medo, dúvidas e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver.

Em minha prática profissional, atuando como enfermeira assistencial do Instituto de Urologia e Nefrologia de Feira de Santana (IUNE), no setor de HD, percebi que geralmente as pessoas que adentram no programa de diálise o fazem de forma

emergencial e sem planejamento prévio. Essa situação pode ser explicada pelas características da doença renal crônica (DRC). Como sendo uma doença silenciosa, a maioria das pessoas adoecidas não tem consciência de sua condição e, portanto, não realizam tratamento conservador prévio a TRS. Desse modo, não implantaram o Tenckhoff, cateter que viabiliza o tratamento por DP, nem confeccionaram a fístula arteriovenosa (FAV), acesso permanente para realizar a HD.

Nesse contexto, as pessoas submetidas à HD são agora “bombardeadas” de informações sobre o tratamento (o que devem comer e beber, como cuidar do curativo do cateter venoso central (CVC), quando confeccionar a FAV, entre outras), neste cenário, um turbilhão de sentimentos toma conta dessas pessoas. Destaco sentimentos que observo frequentemente: o medo do desconhecido, a alegria em ainda estar vivo, as dúvidas que emergem a cada momento, a sensação de vida abreviada, a angústia presente nos procedimentos, a frustração causada pela necessidade de mudanças nos hábitos de vida e a vergonha pelos estigmas associados ao acesso vascular.

As pessoas submetidas à HD vivenciam condições particulares. Entre estas se destacam: a necessidade de acessar os serviços de saúde com regularidade; a dependência que as mesmas possuem em relação à HD; a necessidade do controle rigoroso da dieta e de líquidos; a atividade laboral que passa a ser restrita; a perda da funcionalidade, que implica na redução da sua participação no orçamento doméstico, dentre outros (MATTOS; MARUYAMA, 2010).

Geralmente as pessoas na primeira sessão de HD são submetidas ao implante CVC e iniciam a terapia hemodialítica, um tratamento novo e desconhecido. Para Coutinho e Costa (2015) o impacto do diagnóstico da IRC e o tratamento da HD podem levar a pessoa adoecida a redimensionar tudo o que era vivido anteriormente. Esta pessoa passa por um processo de revisão de si e de suas relações. Nesse processo de readaptação biopsicossocial, utiliza o saber comum em busca de respostas para as novas vivências, passa por etapas de reelaboração e reformulação contínua, que são transladadas no seu modo peculiar de vivenciar a nova realidade.

Para Durozoi e Roussel (2005, p. 431), o “sentimento é o estado afetivo em geral, por oposição ao conhecimento; de maneira mais estreita, emoções que tem causas morais ou espirituais, mais do que imediatamente orgânicas”. Este estudo assume esse conceito e busca traduzi-lo no contexto de vivências de uma pessoa em HD. Assim, o termo sentimento pode ser entendido aqui como a emoção que é vivenciada e por vezes

se distingue do que se encontra no campo da razão. Trata-se de algo singular, variando de pessoa para pessoa.

Na minha experiência como enfermeira do IUNE, percebi o impacto causado na vida das pessoas com IRC diante das mudanças impostas pelo tratamento hemodialítico. Ressalto que este impacto é percebido pela pessoa adoecida desde a primeira sessão de HD. Ela passa a ser introduzida em um novo ambiente, sendo informada sobre a necessidade vital da HD e das inúmeras restrições que deve se submeter para o sucesso da terapia. Entre as restrições que causam maior estranhamento e sentimento de tristeza na pessoa em HD destaco: a perda da funcionalidade diante da necessidade de um tratamento contínuo, que dura quatro horas e deve ser realizado três vezes por semana, a restrição hídrica, a mudança impactante na dieta (a restrição no uso do sal e o consumo de frutas) e os cuidados indispensáveis com o acesso vascular, essenciais para proteção e prevenção de infecções.

A escolha pelo tema: Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica, emergiu das experiências vividas como enfermeira do IUNE cuidando de pessoas com IRC. Conviver com pessoas submetidas à terapia hemodialítica me fez refletir sobre os sentimentos causados pela IRC e pela HD, que implicam em várias imposições essenciais para garantir a manutenção da vida dessas pessoas. Diante das experiências, surgiram as seguintes inquietações: Como as pessoas em HD vivenciam os sentimentos diante do adoecer e da necessidade da TRS? Como são expressos esses sentimentos? Como estes sentimentos auxiliam no enfrentamento do adoecer e da necessidade da HD? Essas inquietações me direcionaram para a seguinte reflexão: reconhecer a importância de compreender esses sentimentos é um passo essencial para se prestar cuidado sensível para as pessoas submetidas a HD.

Este estudo considera a relevância social da DRC, que vem ganhando espaço no cenário mundial. Para Madeiro e outros (2010), atualmente, a IRC tornou-se um sério problema de saúde pública, em todo o mundo, podendo ser considerada uma epidemia de crescimento alarmante. É nesse contexto, que se destaca a importância de desenvolver estudos que contemplem as pessoas em tratamento hemodialítico e que envolvam a subjetividade dessas pessoas. Isto porque, a forma como elas vivenciam seus sentimentos diante da necessidade da HD repercute positivamente, ou não, na adesão ao tratamento, condição que tem causado impacto sobre sua qualidade de vida.

Para o encontro com o corpus do estudo dos sentimentos vivenciados pelas pessoas em HD, foi realizada uma busca por artigos publicados sobre a temática nos

seguintes bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Biblioteca Virtual em Saúde Enfermagem (BVS Enfermagem), usando os descritores sugeridos pelo site Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Emoção e hemodiálise nesta respectiva ordem. Ressalvo que está busca ocorreu em junho de 2016.

Nos sites Scielo e Medline não foram encontradas publicações sobre o tema; Nos sites BVS, BVS Enfermagem e Lilacs foram encontrados 05 (cinco) publicações. Destas, 01 (uma) foi descartada, pois se tratava de uma tese que foge do tema a ser abordado. Restando um acervo de 04 (quatro) artigos.

Os 04 (quatro) artigos foram lidos atentamente e nenhum deles aborda o sentimento vivenciado pelas pessoas em HD como proposta de investigação do estudo. No entanto, os sentimentos sempre aparecem no corpo dos trabalhos. Ressalto também que nenhum dos estudos encontrados nesta revisão utilizaram a abordagem fenomenológica como método de pesquisa.

Diante das reflexões sobre os sentimentos vivenciados pelas pessoas em HD me senti instigada a formular a seguinte questão de investigação: Como as pessoas com IRC vivenciam sentimentos diante do tratamento hemodialítico? Este estudo tem como proposta de investigação: Compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com IRC em tratamento hemodialítico.

A compreensão dos sentimentos vivenciados pelas pessoas com IRC, em tratamento hemodialítico contribuirá para a construção de projeto de intervenção que vise um retorno direto da pesquisa para seus principais colaboradores (as pessoas em HD). Buscar-se-á implantação de um grupo de apoio à pessoa (GAP) no contexto da HD. Este grupo poderá ser implantado em diferentes instituições de HD.

2 REVISÃO DE LITERATURA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS E FILOSÓFICOS

Neste capítulo apresentamos a revisão de literatura e o referencial teórico filosófico. Informações e conceitos de autores em estudos distintos foram reunidas aqui, para ressaltar a importância da proposta de investigação do fenômeno a ser estudado.

Para melhor compreensão e organização didática, este capítulo é dividido em três subcapítulos: Ter uma doença crônica; Hemodiálise e sentimentos relacionados a esta terapia renal substitutivas e Marco teórico filosófico: fenomenologia da percepção por Merleau-Ponty.

2.1 TER UMA DOENÇA CRÔNICA

As doenças crônicas (DC) representam problemas de saúde que exigem cuidados contínuos por um longo período. Elas são as principais causas de morbimortalidade no mundo, pois as transições epidemiológicas e demográficas, associadas aos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, favorecem o aumento da ocorrência das mesmas (CANESQUI, 2011).

“A doença crônica se caracteriza como um estado patológico permanente, que produz alterações psicológicas irreversíveis e requer um processo longo de reabilitação, observação, controle e cuidados” (RUDNICKI, 2014, p.106).

Associadas a um conjunto de condições crônicas as DC estão em geral, relacionadas a causas múltiplas. São caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo (BRASIL, 2013).

Ao englobar as doenças não transmissíveis e as transmissíveis de longa duração, a denominação amplia-se para condição crônica. Assim, em virtude do prolongamento da condição crônica, acredita-se que as pessoas realizam diversas buscas por cuidados em saúde, pois o processo saúde-doença encontra-se imerso em contextos

sociais e culturais, envolvendo, portanto, significação, interpretação e ações socialmente organizadas para promover a saúde e responder à doença. O adoecimento crônico envolve alterações no corpo, que adoecido, sofre com mudanças de ordem biológica, psicológica, social e espiritual. (CANESQUI, 2011).

As DC de origem não transmissíveis constituem o maior problema global de saúde, ocasionando elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral (MALTA et al., 2014).

Essas DC não transmissíveis podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais e financeiros às pessoas adoecidas e a seus familiares. As DC não transmissíveis causam importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde e ocasionam custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade do ser adoecido, da perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida destas pessoas afetadas pelas mesmas (MALTA; SILVA JR., 2013).

Ter doença crônica é conviver com uma condição que afeta a pessoa em suas atividades de vida diárias por mais de três meses, podendo levar a hospitalização de, no mínimo, um mês por ano. Viver com DC implica ter uma ou mais doenças que demandam internações ou re-internações. Além disso, é conviver com a impossibilidade de cura, com as sequelas e limitações. As DC envolvem obstáculos e desvios da fisiologia normal, os quais tem uma das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, necessitando de longo período de supervisão e observação do cuidado (SOUZA et al., 2010).

Pessoas que vivenciam DC perdem vínculos e controle de sua onipotência, sofrem com o sentimento de medo do futuro diante da incapacidade de mudança do rumo de suas vidas (RUDNICKI, 2014).

Ferreira, Agra, Formiga, 2017, ressaltam a importância de compreender as atitudes de pessoas acometidas pelo adoecimento:

[...] toda doença é uma iminência à integridade do ser humano que o acomete sobre sua fragilidade e a possibilidade de causar ineficácia. Assim sendo, deve-se compreender atitudes de defesa como: sentimentos de desânimo, de insegurança e uma real fase de pesar frente à ausência da saúde e da ilusão de onipotência (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017, p.45).

A pessoa com DC precisa adaptar-se a sua nova condição de vida, para tanto, passa a desenvolver um conjunto de aprendizagens e/ou estratégias que lhe permitem viver com o adoecimento. Nesse contexto, o autocuidado pode ter influência ao nível da manutenção e melhoria da sua condição de saúde (NOVAIS et al., 2009).

Considerando o impacto da presença das DC na qualidade de vida da população, é fundamental a implementação de ações efetivas para a prevenção, controle e de promoção de saúde, que garantam a todos melhorias nas condições de vida (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

2.2 HEMODIÁLISE E SENTIMENTOS RELACIONADOS A TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

As mudanças demográficas caracterizadas pelo envelhecimento da população, associadas com a crescente incidência de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças e agravos não transmissíveis, têm contribuído para o aumento mundial da prevalência da DRC em fase terminal, reconhecendo-a como um problema de saúde pública (MAGALHÃES; GOULART, 2015). Os avanços tecnológicos, maquinários e terapêuticos dos tratamentos da DRC contribuíram para melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevida das pessoas com esta condição crônica (MARTINEZ et al., 2015).

A DRC é um termo geral para alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de uma doença de curso prolongado e insidioso (BRASIL, 2014).

O impacto do diagnóstico de uma doença crônica como a IRC gera situações de adaptação no cotidiano de vida do indivíduo, imposto pela necessidade de submeter-se a um tratamento longo com pouca perspectiva de futuro e a limitações físicas que concorrem para a diminuição da vida social (TEIXEIRA; RESCK, 2011 p.121).

Essa condição pode trazer isolamento social e emocional, principalmente se a família não tem conhecimento sobre a doença, o tratamento e os recursos disponíveis, aumentando significativamente seus níveis de estresse e ansiedade. Essa situação causa danos maiores quando uma pessoa, que sustenta a família, é acometida pela DRC,

proporcionando interferências no trabalho, tendo que afastar-se do mesmo (CENTENARO, 2009).

A IRC, em virtude de ser uma doença que ocasiona situações estressantes para a pessoa adoecida, gera também novos fatores estressores, incluindo, como já mencionado: tratamento, mudanças no estilo de vida, diminuição da energia física, alteração da aparência pessoal e novas incumbências. Essa nova condição exige que a pessoa com IRC estabeleça estratégias de enfrentamento para aderir às novas condições de vida (MADEIRO et al., 2010).

Revelando-se por altas taxas de incidência e prevalência, a DRC tem configurando-se como um problema de saúde mundial, com prognósticos reservados e elevados custos para a saúde pública (GONÇALVES et al., 2015).

Entre as modalidades de TRS, a mais utilizada é a HD (89,4%), esta deve ser realizada pelas pessoas com IRC por toda a vida ou até se submeterem a um transplante renal bem-sucedido (MADEIRO et al., 2010).

O tratamento para a DRC inclui uma série de cuidados, além das repercussões psicológicas da realização periódica das sessões de HD. A própria doença e seu tratamento ocasionam sintomas que alteram de forma radical o funcionamento global da pessoa (RUDNICKI, 2007).

As repercussões da DRC ocorrem tanto na própria vida da pessoa doente quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014).

A HD apresenta-se como um evento inesperado que o remete a uma relação de dependência a uma máquina, a um esquema terapêutico rigoroso e a uma equipe especializada (PILGER et al., 2010). Nesse contexto de adaptação a novas condições de vida surge a necessidade do acompanhamento dessas pessoas.

As pessoas submetidas à diálise enfrentam perdas e alterações estressantes da imagem e das funções orgânicas, com isto podem tornam se deprimidas e ansiosas (MADEIRO et al., 2010).

O tratamento hemodialítico segundo Coutinho e Costa (2015, p. 450), “trata-se de um processo mecânico e extracorpóreo, que consiste na remoção de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo”.

A HD simula o processo fisiológico de filtração glomerular, baseado no mecanismo de difusão. Assim, as pessoas diagnosticadas com IRC são conectadas a uma

máquina específica durante um período que pode chegar até quatro horas, numa frequência de três dias por semana (FRAZÃO et al., 2014).

O tratamento dialítico traz limitações e mudanças na vida da pessoa, porém, representa a única forma de sobrevivência. As alterações provocadas nas atividades diárias trazem repercussões negativas para a saúde física, mental e social, o que afeta diretamente a pessoa em diálise, vez que convivem com o medo da morte. Elas possuem consciência que o tratamento é essencial para manutenção de suas vidas, no entanto, convivem com diversos fatores que prejudicam a adesão ao tratamento, entre eles estão: a distância do domicílio para chegar ao centro de diálise, as dificuldades com o transporte e o tempo para chegar a clínica, a presença do CVC e/ou a dor ou desconforto da punção da FAV entre outros (MODESTO, 2014).

A pessoa em HD sofre limitações, incluindo dificuldades no desempenho ocupacional, restrições hídricas, dietas especiais, consultas médicas e sessões de hemodiálise, tornando-a frágil e desestruturando seu cotidiano (BEZERRA; SANTOS, 2008).

Os impactos presentes no corpo como: o implante de CVC, a presença da FAV, a cor da pele, o aspecto dos cabelos, o odor urêmico e a desnutrição trazem marcas físicas e emocionais relacionadas ao processo da HD, o que leva a pessoa sempre a questionar sua existência e seu risco de morte. A partir desse contexto, as pessoas relatam sentimentos vivenciados, entre eles: angústia, insegurança, revolta, inconformismo, pânico, depressão, sensação de prisão à máquina e medo relacionado às limitações decorrentes das modificações do tratamento (SILVA et al., 2014).

A pessoa que vivencia um desequilíbrio em seu estado de saúde, como a DRC, vê-se constantemente em perigo de perder sua integridade tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações de suas funções orgânicas (RIBEIRO et al., 2013).

Conviver com a DRC significa ter o seu cotidiano modificado pelos entraves e limites ditados pela doença e pelo tratamento. Trata-se de vivenciar experiências dolorosas e traumatizantes, um turbilhão de sentimentos e situações complexas, além da possibilidade de ter a vida abreviada (CARVALHO; MOREIRA; NUNES, 2012).

Vivenciar a DRC, em situação de HD, implica em conviver com sentimentos negativos de perdas e com a ameaça explícita da possibilidade de morrer. As pessoas em DRC submetem-se a mudanças e adaptações necessárias em decorrência da doença. Este

fato incide na construção de representações sociais singulares acerca do que significa ser doente, associada às constantes transformações, por vezes dolorosas (CAMPOS, 2015).

A pessoa com DRC deve ser compreendida como aquela que apresenta inúmeros motivos para o afloramento de sentimentos relacionados à desesperança, impotência e baixa autoestima, esses fatores são veementemente contribuintes para a não adesão ao tratamento terapêutico (SANTOS; ROCHA, 2013).

Esses diferentes sentimentos acabam isolando as pessoas em diálise, que na luta contra a doença, procuram maneiras de conviver com o problema, quando estas não são alcançadas, podem provocar conflitos que estão ligados a momentos depressivos agravando ainda mais seu estado (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015).

Para Costa; Coutinho e Santana, (2014) a convivência cotidiana com pessoas em diálise torna possível observar que estas expressam sentimentos negativos. Tais sentimentos incluem angústia, insegurança, pânico, depressão, desânimo, sensação de estar preso à máquina de diálise, medo relacionado às limitações decorrentes dessa situação e de suas repercussões e modificações no modo de ser e viver, com possíveis alterações em sua qualidade de vida.

Vivenciar um processo terapêutico que visa substituir a função renal é uma experiência difícil e dolorosa, pela óptica da pessoa com DRC, embora essencial para manter sua vida. A terapêutica transforma essas pessoas e influencia o cotidiano, a rotina, os hábitos alimentares, sem falar das alterações na integridade física e emocional, o nível de autonomia, e as relações familiares, entre outros (SOUZA JÚNIOR et al., 2015).

As pessoas em tratamento hemodialítico têm dificuldades para trabalhar em razão do comprometimento físico, tempo destinado à HD e dificuldades de contratação após início do tratamento (BERTOLIN, 2007).

Diante da condição crônica, as pessoas em tratamento de diálise têm que organizar suas vidas para conviver com a persistência de um quadro clínico que apresenta instabilidades e incertezas quanto ao seu desenvolvimento, alterações na vida familiar, necessidade de cuidados permanentes e, no caso do tratamento hemodialítico, conviver periodicamente dentro do espaço hospitalar, o que ocasiona uma sobrecarga física, emocional e social (MORENO, 2008).

Essa condição social faz com que os pacientes abandonem o tratamento, não sigam as orientações dos profissionais de saúde em relação à mudança de estilo de vida e passem por intercorrências desnecessárias durante o tratamento (REZENDE; PORTO, 2009).

De acordo com Barbosa e Valadares (2009), o dependente de HD vivencia uma repentina mudança no seu cotidiano e o modo pelo qual enfrentará essa situação é particular. O tratamento hemodialítico é responsável por um cotidiano monótono e restrito, e as atividades desses indivíduos são limitadas após o início do tratamento, pois necessitam do suporte formal de atenção à saúde, ou seja, vivem dependentes da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário, o que favorece o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na qualidade de vida (MARTINS; CESARINO, 2005).

As pessoas que realizam HD vivenciam distintas restrições impostas pelo tratamento entre essas a atividade laboral passa a ser prejudicada e há a redução da sua participação no orçamento doméstico. Essas, entre outras condições, configuram-se em perdas que afetam não somente as pessoas em tratamento hemodialítico, mas também seus familiares, além disso, essas pessoas estão vulneráveis ao estresse e apresentam tendência de reagir a situações ameaçadoras com intensidade elevada de ansiedade, resistência e exaustão (VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

As restrições impostas pelo tratamento e pela DRC afetam também as necessidades de recreação, haja vista que as pessoas passam a não realizar as atividades que executavam anteriormente. Desse modo, constata-se que o tratamento da DRC ocasiona uma série de mudanças na vida da pessoa. Exames, medicamentos, consultas, a HD e suas intercorrências (hipotensão, câibras, vômitos, cefaleia, mal-estar, entre outros) (ROCHA; SANTOS, 2009). Esse estado causa nas pessoas sentimento de impotência e abandono, suscitando a emergência de diversas desordens e dificuldades psicológicas (OLIVEIRA et al., 2008).

Entre as principais dificuldades vivenciadas pelas pessoas doentes ao se tornarem dependentes do tratamento hemodialítico estão respostas diárias à vida, com mudanças de comportamentos e hábitos para manutenção da sobrevivência, somadas à necessidade de conduzir sua vida familiar e social (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2015).

As dificuldades de adesão ao tratamento hemodialítico existem e estão relacionadas à não aceitação da doença, à percepção de si próprio, ao relacionamento interpessoal com familiares e ao convívio social (TEIXEIRA; RESCK, 2011).

2.3 MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO: FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO POR MERLEAU-PONTY

A escolha da fenomenologia se deu pela possibilidade de garantir o rigor para desvelar o fenômeno que se mostra ao mundo vivido pela pessoa.

A fenomenologia é o estudo das essências, a essência da percepção, a essência da consciência. A fenomenologia é também uma filosofia que recoloca a essência na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma, que não seja a partir de sua facticidade. É uma filosofia transcendental, que põe em suspensão para compreender as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre lá, antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço de reencontrar o contato ingênuo com o mundo pode lhe dar, enfim, um status filosófico (MERLEAU-PONTY, 2011).

O fundador da fenomenologia foi Edmund Husserl (1859-1938) um matemático que passou a se dedicar às questões filosóficas. Utilizou o termo fenomenologia imprimindo-lhe um novo significado: método de apreender e dizer fenômenos que se referem a realidade que se manifesta por si mesma (CORREA, 1997). Na concepção de Husserl fenomenologia é como: “(...) uma ciência rigorosa, mas não exata, uma ciência eidética que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos da consciência, os atos e os correlatos dessa consciência” (CAPALBO, 1994, p. 14).

Ainda sobre Husserl, seu objetivo era “volta às coisas nelas mesmas” isso pode ser traduzido em uma tentativa de aproximação às coisas sem preconceitos ou pressupostos interpretativos. Assim sua definição de fenomenologia traduz-se em “ciência dos fenômenos”, sendo o fenômeno compreendido como o que é imediatamente dado em si mesmo à consciência (CORREA, 1997).

Na fenomenologia as experiências vividas pelo ser humano dão significado à percepção de cada pessoa a respeito de um fenômeno em particular. A expressão estar-no-mundo, que pode ser substituída pelo uso da palavra incorporação sem prejuízo de sentido, apresenta-se como um conceito que reconhece os laços físicos que existem entre uma pessoa e o mundo, pois essa pessoa pensa, vê, ouve, sente e está consciente, através da interação de seu corpo com o mundo. Essa incorporação está vinculada tanto à existência quanto à vivência, enquanto corpos que somos, que acessam o mundo por meio

dos sentidos, e que ainda dão significado à vida por meio da consciência (POLIT; BECK, 2011).

As definições do corpo são construídas cultural e historicamente pelo próprio homem e as sociedades diversas lançam seus olhares culturais para uma construção simbólica sobre o corpo. Ele passa a ser essencial para o controle sobre as pessoas, sendo o objetivo da vida na sociedade contemporânea a busca pelo belo e pelo perfeito, o medo da velhice e da morte e o sonho da vida eterna (LE BRETON, 2012).

A ideia de corpo no sentido da totalidade nos é apresentada por Copalbo (2011), a partir dos seus estudos da obra Fenomenologia da percepção (2011) de Merleau-Ponty que fala do “corpo vivido” como sendo constituído do “corpo objetivo” e do “corpo fenomenal” ou “corpo próprio”. Para isto, iremos destacar que: “[...] este corpo vivido é ao mesmo tempo corpo objetivo e corpo fenomenal que se cruzam e se unem um no outro”. Diz ele: “meu corpo é de uma só vez corpo fenomenal e corpo objetivo” (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 179).

De maneira geral, o pensamento de Merleau-Ponty (2011), em Fenomenologia da Percepção, nos capítulos que tratam do corpo, elucidam as complexidades nas várias facetas em que o corpo se apresenta. Na perspectiva de Merleau-Ponty (2011), em sua análise do mundo enquanto fenômeno e como esses ocorrem na consciência, a ideia que se tem de corpo é profunda e complexa, transcende os âmbitos do físico, do psíquico e do intelectual. Para ele, o corpo, enquanto fenômeno, não existe apenas como um objeto instituído, mas que carrega em si valores inerentes que o constituem, que o determinam, que o identificam e o validam, sendo o corpo o lugar de apropriação do espaço e objeto, o mediador de todas as experiências, o ponto de vista sobre o mundo e o veículo do ser no mundo em que o ser tem consciência do mundo por meio do corpo (MERLEAU-PONTY, 2011).

Nesse sentido, “ele traz, desta forma o foco para o estudo da corporeidade, do corpo fenomenal ou vivido, corpo que se apresenta como o de uma subjetividade, corpo próprio possuidor de um esquema corporal dinâmico” (COPALBO, 2011, p. 34).

O corpo para Merleau-Ponty é o modo de ser no mundo. O movimento do corpo desempenha um papel na percepção do mundo como uma intencionalidade original (maneira de se relacionar ao objeto, distinta do conhecimento). O movimento gerador do corpo desdobra a trajetória de um aqui em direção a um ali. Efetua a síntese por meio do corpo que me insere no espaço, cujo movimento me permite alcançar uma visão global do espaço. Nosso corpo se move a si mesmo, ele é inseparável de uma visão do mundo

realizada como condição de possibilidade de todas as operações expressivas e de todas as aquisições que constituem o mundo cultural (MATTHEWS, 2011).

O corpo próprio está no mundo e forma com ele um sistema. Se para mim existe e se posso alcançar um objeto é porque pela experiência perceptiva eu me afundo na espessura do mundo. A coisa e o mundo me são dados com as partes de meu corpo em uma conexão viva, idêntica a que existe entre as partes do meu corpo. Trata-se de despertar a experiência do mundo tal como ele nos aparece enquanto estamos no mundo por nosso corpo. Estamos no mundo e condenados ao sentido. O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas o sentido, a experiência, a subjetividade e a intersubjetividade (MATTHEWS, 2011).

O corpo objetivo é a forma de ser no mundo e que dá, através do corpo fenomenal, a consciência do ser na esfera subjetiva. O corpo é completo e inacabado apesar de cada um ter a mesma constituição e de cada um apresentar suas singularidades a partir das experiências individuais e com o outro. Sobre isso, vimos que: Não basta que um dos sujeitos conscientes tenha os mesmos órgãos e o mesmo sistema nervoso para que em ambos as mesmas emoções se representem pelos mesmos signos (COPALBO, 2011).

O que importa é a maneira pela qual eles fazem uso de seu corpo, é a informação simultânea do seu corpo e de seu mundo da emoção. O equipamento psicofisiológico deixa abertas múltiplas possibilidades e aqui não há mais, como no domínio dos instintos, uma natureza humana dada de uma vez por todas. O uso que um homem fará de seu corpo é transcendente em relação a esse corpo enquanto ser simplesmente biológico (MERLEAU-PONTY, 2011).

As complexas e profundas ideias de Merleau-Ponty (2011) nos apresenta o corpo como um espaço expressivo que garante a sua existência; o corpo enquanto fenômeno na sua capacidade singular de apreender o sentido; o corpo expressivo e reflexivo que é resultado de suas ações; e o corpo sexuado no movimento da existência em direção ao outro, ao futuro. Nessa perspectiva, Le Breton (2012) em sua análise antropológica se reporta à ideia de corpo no campo da fenomenologia e que, de um certo modo, nos ajuda a compreender e a ilustrar as ideias de Merleau-Ponty sobre o corpo.

O homem está em constante movimento, isso quer dizer que está sempre pensando em algo, construindo, observando e modificando valores, conceitos e ações. Analisando as causas e consequências de seus atos, tendo uma percepção de si e do mundo. Na visão científica o homem é apenas um objeto de observação e estudo, na visão filosófica o homem é percebido em seus pensamentos e seu eu interior. Mesclando

as duas podemos ter a visão da fenomenologia da percepção (MERLEAU-PONTY, 2011).

Fenomenologicamente, conforme dissemos, o homem é indiscernível de sua carne. Essa não pode ser mantida por uma posse circunstancial; ela encarna seu ser-no-mundo, aquilo sem o que ele não seria. O homem é esse não-seio-o-que e esse quase-nada que transborda seu enraizamento físico, mas não poderia ser dissociado dele. O corpo é a morada do homem. Momentos de dualidade em uma vertente desagradável (doença, precariedade, deficiência, fadiga etc.), ou em uma vertente agradável (prazer, ternura, sensualidade, etc.), dão ao ator o sentimento de que seu corpo lhe escapa, de que excede aquilo que ele é. “[...] faz do homem uma realidade contraditória, onde a parte do corpo está isolada e afetada por um sentido positivo ou negativo, segundo as circunstâncias” (LE BRETON, 2012, p. 240).

Diversos são os significados e sentidos atribuídos a palavra fenomenologia, porém a raiz etimológica da palavra significa “o que se mostra”, “o que aparece à luz”, “cujo ser consiste, neste seu mostrar-se” e de “logos” que significa “discurso esclarecedor” (TERRA et al., 2006).

A mais importante aquisição da fenomenologia é, sem dúvida, de ter associado o extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em seu conceito de mundo e da racionalidade [...]. O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas sim o significado que transparece na interseção de minhas experiências e das experiências alheias, pela engrenagem de umas com as outras [...] (MATTHEWS, 2011, p. 15).

A fenomenologia se deixa praticar e reconhecer como a maneira ou como o estilo; ela existe como movimento. Não se apreende nada como existente se primeiramente eu não me experimentar existente no ato de apreendê-la. O mundo está ali, antes de qualquer análise que eu possa fazer. O real deve ser descrito. A reflexão arrebatase a si mesma e se recoloca numa subjetividade para alguém do ser e do tempo. O homem está no mundo. O mundo é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções (MERLEAU-PONTY, 2011).

O fenomenólogo acredita que as experiências vividas deem significado à percepção de cada pessoa sobre um fenômeno em particular. O propósito da pesquisa fenomenológica é descrever a experiência vivida e as percepções que ela faz surgir. Os quatro aspectos da experiência vivida de interesse para os fenomenólogos são: o espaço vivido, ou a espacialidade; o corpo vivido, ou a corporalidade; o tempo vivido, ou a

temporalidade; e, a relação humana vivida, ou o relacionamento. Por meio da fenomenologia é possível descobrir o significado da experiência humana e a pesquisa qualitativa abrange tanto a experiência humana quanto seu significado (POLIT; BECK, 2011).

[...] a fenomenologia, enquanto movimento filosófico, pretende descrever o fenômeno tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência do ser, da vida, das relações. Para a fenomenologia os fenômenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência levando-nos a refletir sobre como esta modalidade de pensar pode contribuir para o viver cotidiano (TERRA; et al., 2006, p. 673).

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) retrata sobre a fenomenologia da percepção, juntando diversos conceitos de várias áreas da ciência, principalmente às visões dos cientistas e filósofos, aproximando assim a filosofia da psicologia, dando um maior sentido ao resgate as coisas mesmas, de uma forma mais crítica, na qual o homem se apercebe diante de si mesmo, do outro e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

A fenomenologia da percepção resgata as nossas experiências, ao chegar à causa do fenômeno, e assim analisamos sem juízo de valor, mas nos apercebendo diante do fenômeno, entendendo o que nossa relação com o mundo interfere nas nossas atitudes e decisões? A percepção da intencionalidade do nosso corpo e atitudes, pois não somos apenas objetos, somos sujeitos que modificamos e somos modificados por esse mundo (MERLEAU-PONTY, 2011).

A fenomenologia da percepção tem o objetivo de perceber o homem que se encontra sempre em uma situação na qual tem que tomar decisões diante de um mundo concreto. Esse mundo carregado de sentimentos, no qual podemos chegar através da percepção ao conhecimento e julgamentos de um homem que se percebe neste mundo. Enfim, a fenomenologia da percepção vê o homem como uma mistura de consciência e de corpo, que podemos chamar de “corpo sujeito, ou sujeito encarnado”. E de forma clara e transparente poder nos ver e ver o mundo que estamos inseridos, que não somos apenas um corpo, mas somos o nosso corpo, carregado de sentimentos e atitudes, que faz o próprio agir do homem (MERLEAU-PONTY, 2011).

A percepção é o sentido que inaugura a abertura para o mundo, como a projeção de um ser para fora de si; a linguagem prossegue a esta abertura de mundo na medida em que retoma, transforma e prolonga as relações de sentido iniciadas na

percepção (MERLEAU-PONTY, 2011). A fenomenologia segue as etapas de descrição, redução e compreensão do fenômeno como ele se apresenta.

A percepção é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela é pressuposta por eles. O *cogito* é o pensamento de fato e ser no mundo. O verdadeiro *cogito* reconhece meu próprio pensamento como um fato e me revela como ser no mundo. As essências trazem consigo todas as relações vivas da experiência. O mundo é o que vivo, não o que eu penso. O mundo é inesgotável, mas comunico-me com ele (MERLEAU-PONTY, 2011).

Descreve-se o conhecimento que o sujeito obtém, situado em seu mundo, e ele constrói este mesmo mundo. O sujeito faz as coisas em torno de si, ele as faz existir para si mesmo, as dispõe em torno de si e as extrai de si mesmo. Eu reconstituo o *cogito* histórico. Eu não pensaria no *cogito* se não tivesse em mim tudo que é preciso para inventá-lo. Sou eu que retomo como meta ao meu pensamento retomar o movimento do *cogito*. Todo pensamento de algo é consciência de si. Consciência de si é o próprio ser do espírito em exercício. O modo de existência, seja a existência como consciência, ato espiritual que apreende à distância e contraia em si mesmo tudo o que visa. O *cogito* me revela um novo modo de existência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Uma percepção de uma pessoa que está em mundo concreto, no qual faz parte, em que vive e não apenas uma visão de mundo como sendo um objeto, mistura sua consciência intencional, na qual o homem não se reconhece como homem e analisa ao outro como objeto, e a consciência perceptiva, onde o homem leva em consideração suas experiências, vivências do corpo e a sua subjetividade é integrada a si. Contudo, compreende o homem e o mundo sem fórmulas, sem regras e principalmente sem princípios, observa e analisa este ser como agente transformador, que tem sentimento, pensa e age, como também um ser que é transformado pelo mundo em que vive (MERLEAU-PONTY, 2011).

3 PERCORRENDO O CAMINHO DA PESQUISA

A metodologia da pesquisa esteve presente em todas as etapas desse estudo. Correspondeu ao caminho que enquanto pesquisadora percorri para desvelar e compreender o fenômeno sob investigação.

3.1 DELINEANDO O ESTUDO

Este é um estudo fenomenológico, fundamentado na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, utilizando o método de análise de Martins e Bicudo (2005). Teve como objeto de investigação sentimentos vivenciados por pessoas com IRC em tratamento hemodialítico.

Ao adotar um método fenomenológico para conduzir esta pesquisa procurou-se reavaliar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos da vida cotidiana à medida que estes fenômenos são vividos, experienciados e, conseqüentemente, percebidos (MARTINS; BICUDO, 2005).

A pesquisa qualitativa segundo abordagem fenomenológica, precisa inicialmente situar o fenômeno. Para tanto, só existe um fenômeno enquanto houver um sujeito no qual ele se situa. Tratando desta pesquisa os participantes vivenciam seus sentimentos em decorrência do tratamento hemodialítico (MARTINS; BICUDO, 2005).

A pesquisa fenomenológica está voltada para significados, isto é, para expressões claras sobre as percepções que os colaboradores têm daquilo que está sendo pesquisado, essas são expressas por aqueles que as percebe. Assim, o (a) pesquisador (a) ao concentrar-se nos significados, está preocupado (a) com o que os eventos significam para os participantes da pesquisa (MARTINS; BICUDO, 2005).

Esse tipo de pesquisa é rigorosamente descritiva. Usa a redução fenomenológica, buscando-se deixar em suspensão o saber preexistente sobre o fenômeno desvelado, explorando a relação intencional entre pessoas e situações, e descobrindo as essências ou estruturas dos significados imanentes nas experiências humanas através do uso da variação imaginativa (FINLAY, 2009).

3.2 ADENTRANDO O ESPAÇO FENOMENOLÓGICO

Diante da escolha do método fenomenológico para a construção deste estudo, não seria possível realizá-lo na instituição na qual eu trabalhava como enfermeira assistencial de HD. Alcançar a redução fenomenológica neste espaço seria um ato impossível, visto que conhecia as pessoas que realizam HD. Diante dessa impossibilidade e também por julgar este método ideal para alcançar o objetivo desta pesquisa, busquei um novo campo para este estudo, o Instituto de Nefrologia e Diálise (INED), uma clínica de HD, situada no município de Salvador - BA, onde encontrei um cenário semelhante ao ambiente no qual trabalhava, no entanto com pessoas distintas e histórias de vida para mim desconhecidas.

Este estudo, portanto, foi desenvolvido no município de Salvador, capital do estado da Bahia. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2016), o número de habitantes para esta cidade no ano de 2010 correspondeu a 2.675.656 o que equivale a 3.859,44 hab/km². A estimativa do número de habitantes para o ano 2016 equivale a 2.938.092.

Os dados que seguem são referentes ao espaço fenomenológico no qual foi desenvolvido o estudo e foram extraídos do site do próprio INED (INED, 2016).

O INED, o campo fenomenológico escolhido para o estudo, foi fundado em 1996, em Salvador (BA), tendo como objetivo prevenir e tratar doenças renais. Trabalhando com uma proposta diferenciada de atendimento multidisciplinar e interdisciplinar integrada ao tratamento médico os esforços de uma equipe formada por profissionais de Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, exercendo suas atividades em ambiente humanizado (INED, 2016).

Por se preocupar com cuidado integral às pessoas em HD o INED desde o ano 2000, realiza atividades socioeducativas para pacientes e familiares, buscando melhorar a adaptação ao tratamento dialítico e a reintegração social. A clínica realiza, ainda, consultas ambulatoriais, com foco na prevenção da DRC e educação do paciente, e oferece serviços de HD e DP (INED, 2016).

Essa instituição tornou-se, em 2006, a primeira clínica de Nefrologia Acreditada do Norte e Nordeste do país e logo em seguida, em 2007 passou a ser a primeira do Brasil certificada em nível de excelência pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Uma das instituições de certificação de maior credibilidade na área de saúde do país, o que se repetiu nos anos de 2011 e 2014, quando foi re-certificada (INED, 2016).

3.3 INDO AO ENCONTRO EMPÁTICO COM OS PARTICIPANTES

O encontro empático com os possíveis participantes só aconteceu após autorização dos gestores do INED e do parecer de aprovação nº 1.884.353 do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (Anexo A)

Como a entrevista fenomenológica exige o preparo do ambiente para o encontro empático com os participantes, os dirigentes do INED foram contatados para disponibilizar um espaço reservado para as entrevistas. A instituição disponibilizou um consultório e durante as entrevistas as pessoas que participaram falaram livremente sobre seus sentimentos, sem riscos de interrupções, tendo preservadas a privacidade, o sigilo, e o anonimato.

Houve contato prévio com os possíveis participantes da pesquisa para uma abordagem inicial. Nesse momento, o INED foi visitado e as pessoas que realizam HD foram convidadas para participar do estudo. Este encontro ocorreu na recepção onde aguardavam a hora de começar a HD e na sala onde realizaram o tratamento. Em conversa foram oferecidas informações sobre a pesquisa e feito agendamento da entrevista segundo a disponibilidade dos interessados. As entrevistas aconteceram entre os meses de março e abril de 2017.

Antes das entrevistas foram oferecidas informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa. Foi ressaltado que o desejo em participar da pesquisa implicaria na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que descreve detalhadamente as etapas deste estudo (Apêndice A). O TCLE foi lido pelos participantes da pesquisa e em alguns casos pela própria pesquisadora e após a assinatura do mesmo transcorreram as etapas seguintes.

Foram coletados dados que dizem respeito às características socioeconômicas e culturais dos participantes (Apêndice B), em seguida foi realizada uma entrevista fenomenológica, iniciada com a seguinte questão de aproximação: Fale-me sobre o que você sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise. Após esta pergunta lançou-se mão das questões norteadoras: O que você pensa em relação ao tratamento de hemodiálise? Gostaria que você me falasse sobre os seus sentimentos em relação ao tratamento de hemodiálise. Como tem enfrentado esse tratamento? (Apêndice C).

A entrevista fenomenológica busca uma linguagem que seja a fala originária, fala esta que viabiliza a mediação com o outro e a comunicação com o mundo (SIMÕES; SOUZA,1997).

Buscou-se seguir a entrevista fenomenológica descrita por Carvalho (1987), ao afirmar que:

Em uma entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica, não se busca uma linguagem que seja a soma dos pensamentos e ideias. Busca-se uma linguagem que seja a fala originária, fala essa que possibilite a mediação com o outro e a comunicação com o mundo. (CARVALHO,1987, p. 37)

A escolha dessa modalidade de entrevista para apreensão dos depoimentos ingênuos dos participantes, como revela Carvalho (1987, p. 30), “[...] não submete a situação observada e a pessoa a uma análise conceitual, classificadora, orientada por um esquema de ideias e direcionada para determinados fins”. Reconhece a importância da entrevista fenomenológica, na função do entrevistador de escutar o entrevistado e perceber com sensibilidade e intuição, os sentidos das experiências vividas.

Os participantes falaram livremente sobre seus sentimentos e suas vivências. As informações foram gravadas através de um gravador digital, com o consentimento dos participantes. O áudio foi disponibilizado para que estes escutassem suas falas, retirassem as informações que consideram sigilosas ou acrescentassem novas informações caso considerassem necessárias.

Durante as entrevistas a pesquisadora ficou atenta às reações dos participantes. Após, foram descritas todas as informações colhidas para que nenhum achado importante fosse esquecido.

A finalização da coleta de dados na investigação fenomenológica se deu através da repetição dos relatos, considerando que a coleta e análise dos depoimentos ocorreram simultaneamente, como deve ser feito nessa modalidade de pesquisa, foi possível perceber o momento certo de encerrar as entrevistas (MARTINS; BICUDO, 2005).

3.4 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA INVESTIGAÇÃO

Participaram desta investigação doze pessoas que estavam em tratamento hemodialítico no INED no momento da pesquisa, sendo dez homens e duas mulheres. Apesar da instituição ter quantitativo semelhante de homens e mulheres em tratamento

de HD, o número de participantes do sexo masculino foi superior. Este evento pode ser explicado porque muitas entrevistas aconteceram antes das sessões de HD e geralmente no INED, os homens chegavam mais cedo para o tratamento e ficavam aguardando na recepção. Outra condição que também pode ter contribuído para o número de homens ser superior ao de mulheres neste estudo, foi o agendamento prévio das entrevistas. Uma das duas salas de HD do INED que foi visitada para apresentação do estudo e convite aos prováveis participantes, o número de homens em tratamento hemodialítico era superior ao de mulheres e muitos destes manifestaram o interesse em participar da pesquisa.

Os participantes que contribuíram para este estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuíam diagnóstico de IRC, estavam em TRS HD e tinham idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os participantes que apresentavam no momento da coleta de dados sintomas desconfortáveis característicos do tratamento hemodialítico.

A relação entre a entrevistadora e o participante não possuía caráter de amizade. A pesquisadora foi cordial, educada no tratar e preocupada em preservar os limites da relação (MARTINS; BICUDO, 2005).

Abaixo seguem quadros com dados de caracterização dos participantes:

QUADRO 01: DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA /PARTE 01

Pseudônimo	Procedência	Sexo	Idade	Situação Conjugal	Religião	Escolaridade
Hélio	Salvador	M	64	Solteiro	Católico	Ensino médio completo
Igor	Salvador	M	44	Solteiro	Protestante	Ensino médio completo
Xavier	Salvador	M	56	Divorciado	Católico	Ensino técnico completo
Alfredo	Salvador	M	51	União Estável	Católico	Pós-graduação
Silva	Salvador	M	66	Casado	Católico	Ensino fundamental completo
Lima	Salvador	M	60	Casado	Protestante	Ensino médio completo
Nei	Salvador	M	55	Casado	Católico	Ensino médio completo
Moacir	Salvador	M	49	Solteiro	Católico	Ensino médio completo
José	Salvador	M	65	Casado	Católico	Ensino médio completo
Marcos	Santo Amaro	M	39	União Estável	Católico	Ensino médio incompleto
Júlia	Salvador	F	30	Solteira	Católica	Ensino fundamental incompleto
Célia	Salvador	F	53	Casada	Católica	Ensino fundamental incompleto

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

**QUADRO 02: DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA/
PARTE 02**

Pseudônimo	Ocupação/Benefício	Tempo em HD	Acesso	Deseja outra TRS	Alguém o acompanha na HD
Hélio	Aposentado	02 anos e 06 meses	FAV	Tx	Parcialmente familiares
Igor	Aposentado por invalidez	04 meses	CVC	Tx	Pai / Irmão
Xavier	Trabalha como coordenador de almoxarifado	05 meses	Permcath	Tx	Vem para a clínica sozinho
Alfredo	Aposentado	04 anos e 02 meses	FAV	Tx	Vem para a clínica sozinho
Silva	Aposentado	02 anos e 06 meses	FAV	Tx	Esposa
Lima	Aposentado	03 anos	FAV	Tx	Motorista
Nei	Trabalha como policial civil	07 meses	FAV	Tx	Vem para a clínica sozinho
Moacir	Empresário, afastado das atividades no momento	01 ano	FAV	Tx	Motorista
José	Aposentado	01 ano e 06 meses	FAV	Tx	Esposa
Marcos	Aposentado por invalidez	03 anos	FAV	Tx	Companheira
Júlia	Aposentada por invalidez	19 anos	FAV	Não	Apenas quando sente-se mal
Célia	Recebe benefício social (LOAS)	07 anos	FAV	Tx	Filhos e esposo

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

Preservando o anonimato, os participantes escolheram um pseudônimo para representá-los neste estudo. A fim de conhecê-los melhor, segue o resumo das entrevistas realizadas com os mesmos:

Pseudônimo Hélio, 64 anos, solteiro, ensino médio completo, católico, aposentado, realiza HD há dois anos e seis meses, possui FAV como acesso vascular, vem para a clínica sem acompanhante. Relata que familiares o acompanham apenas aos sábados, refere que quando descobriu que precisava fazer HD não apresentava sintomas característicos da doença, achou precipitada a decisão da “neurologista” em encaminhá-lo para o implante de CVC. Refere que o tratamento deveria possuir um caráter de maior responsabilidade, ter profissionais fixos com os mesmos pacientes para evitar possíveis erros. Relata que o tratamento é uma espécie de tortura, menciona a dor das punções e diz que deveria existir métodos menos dolorosos. Reafirma que o erro na técnica de punção de FAV acarreta em mais dor para a pessoa que faz HD. Fala que segue minuciosamente as orientações do tratamento hemodialítico e tem fé que um dia ficará bom, reafirma que

erros humanos tornam o tratamento mais doloroso e diz que isto o faz desanimar. Alega que o homem é ambicioso e que por vezes manter pessoas em HD é um negócio lucrativo.

Pseudônimo Igor, 44 anos, solteiro, ensino médio completo, protestante, aposentado por invalidez, realiza HD aproximadamente há quatro meses através de CVC, vem para a clínica acompanhado do pai ou do irmão. Relata que iniciar o tratamento de HD representou uma mudança significativa em sua vida. Fala dos sentimentos de medo e vergonha associados ao tratamento. Menciona que o constrangimento associado ao CVC o impede de realizar as atividades diárias normalmente. Aborda os benefícios do tratamento, no entanto expressa medo da morte. Simboliza o tratamento como: uma luta, batalha e jornada que precisam ser vencidas. O participante relata ainda o medo do isolamento social e elenca estratégias para lidar com esse medo. A palavra medo é constante em seu discurso.

Pseudônimo Xavier, 56 anos, divorciado, ensino técnico completo, católico, trabalha como coordenador de almoxarifado, realiza HD aproximadamente há cinco meses, possui Permcath como acesso vascular, vem para a clínica sem acompanhante. Descreve que o início do tratamento veio associado de um grande susto. Sabia que era algo inevitável visto que a modalidade de diálise que realizara anteriormente não estava funcionando. Relata que a HD é um tratamento dolorido e por vezes se afastava das pessoas que realizam HD para distanciar-se desse sofrimento. Afirma que vem se acostumando ao tratamento e que no momento tudo está bem. Para ele, realizar HD é algo doloroso e ninguém planeja adoecer. Ressalta que o carinho da equipe multiprofissional auxilia para amenizar o sofrimento das pessoas que realizam HD. Conta que por vezes se sente solitário e menciona que os amigos se afastaram após o adoecimento. Espera por um Tx, julga que este trará mais qualidade de vida.

Pseudônimo Alfredo, 51 anos, possui união estável, pós-graduação, católico, aposentado, realiza HD há quatro anos e dois meses, possui FAV como acesso vascular, vem para a clínica sem acompanhante. Descreve que o início do tratamento foi muito difícil, sentiu pavor intenso, negava a doença apesar de já ter consciência da sua condição, recordava-se de sua mãe que fizera HD no passado, tinha pavor e medo do tratamento, relata que o medo de realizar a HD foi pior do que fazer o tratamento. Informa que sabe da necessidade do tratamento para a manutenção da sua vida. No entanto, encara a HD, como um castigo, um regime semiaberto, semelhante ao uso de tornozeleira, parece livre sem estar / parece não estar doente estando. Restando apenas a aceitação com momentos de tristeza, que são superados. Não se sente feliz com o adoecimento, porém não deseja

a morte, deseja ter condições clínicas para realizar o Tx, se cuida para manter-se bem. Sentia-se envergonhado no trabalho, por implicações do adoecimento, que por vezes o obrigava a exercer suas funções em escala especial. Relata que o enfrentamento do tratamento de HD é diário, segue a doutrina do programa dos alcoólicos que vivem um dia de cada vez, nisso o tempo vai se passando e ele se mantendo vivo. Relata que o dia bom, é o fim de semana, pois leva mais dias sem ter que ir à clínica, no entanto relembra o fato de ter que controlar o consumo de líquidos, limitação imposta pelo tratamento. Recorda que algumas pessoas que realizaram esse tratamento já morreram

Pseudônimo Silva, 66 anos, casado, ensino fundamental completo, católico, aposentado, realiza HD há dois anos e seis meses, possui FAV como acesso vascular, vem para a clínica acompanhado da esposa. Descreve que ao descobrir que precisava fazer HD chorou muito, pois já vivenciara essa experiência na família, com um irmão. Descreve o tratamento como sendo o início do fim, fala em já estar adaptado. Relata que o tratamento é doloroso e que deveria haver um método de HD menos sofrido. Descreve possíveis complicações que já vivenciou na HD e associa a elas a experiência de morte. Recusa outras modalidades de diálise, associa a DP a complicações que deixam sequelas. Fala em depressão e medidas de superação. Menciona a ironia do destino, o mesmo tem pavor a agulhas e precisa constantemente ser perfurado para controle glicêmico e realizar HD. Tem ciência que a IRC não tem cura. Fala da possibilidade do Tx, mas não se visualiza como potencial receptor de um rim, por conta do fator idade e necessidade de transplante duplo.

Pseudônimo Lima, 60 anos, casado, ensino médio completo, protestante, aposentado, realiza HD há três anos, possui FAV, vem para a clínica acompanhado do motorista. Refere que sente que a necessidade de realizar HD é um problema hereditário, visto que sua mãe teve problema renal. Pensa em realizar o Tx, informa que a HD é um meio necessário para sobreviver. Conta que já viu outras pessoas morrerem em HD, por isso o tempo não é favorável para aqueles que necessitam desse tratamento. Preocupa-se com a impossibilidade de um dia não poder realizar a HD. Diz que a ausência desse tratamento representa o fim. Dedicar seu tempo a cuidar da sua saúde seguindo as orientações do tratamento hemodialítico.

Pseudônimo Nei, 55 anos, casado, ensino médio completo, católico, trabalha como policial civil, realiza HD há sete meses, possui FAV, vem para a clínica sozinho. O participante relatou uma sensação diferente ao se deparar com necessidade de realizar HD, menciona o sentimento de estar chateado e desesperado com o adoecimento, porém

consciente da necessidade do tratamento. Relata estar bem, não sentir sintomas desagradáveis. A fé em Deus auxilia na vivência do adoecimento. Menciona que no início imaginava o tratamento como uma coisa horrível, mas hoje já consegue naturalizá-lo. Nega sua condição de doente pois consegue manter sua vida o mais próximo da normalidade. Deseja ficar bom e pede a Deus que fique bom ou prolongue sua vida. O participante relata que o tratamento de HD não alterou sua rotina de vida. Conserva os mesmos hábitos antes do adoecer.

Pseudônimo Moacir, 49 anos, solteiro, ensino médio completo, católico, empresário, afastado das suas atividades no momento, realiza HD há um ano, possui FAV, vem para a clínica acompanhado do motorista. O participante relata que no início se sentiu preocupado com a necessidade de fazer HD, depois em conversa com colegas veio a aceitação. Refere que se sente bem, graças a Deus, e que aceitou o tratamento de HD. Afirma que o tratamento hemodialítico é o que garante a sua sobrevivência, fala da necessidade de realizar o Tx, demonstra estar preocupado com a crise da HD vivenciada no país recentemente e preocupa-se com colegas que necessitam do tratamento e não possuem plano de saúde. Ressalva que se sente bem com o tratamento e usa a expressão “ótimo” intensificando seu sentimento de bem-estar. Demonstra satisfação com a qualidade do atendimento dos profissionais de saúde. Por fim nega sua condição de doente, encara o tratamento com naturalidade, considera-se uma pessoa sã que depende desta terapia.

Pseudônimo José, 65 anos, casado, ensino médio completo, católico, aposentado, realiza HD há um ano e seis meses, possui FAV, vem para a clínica acompanhado da esposa. O participante da pesquisa relata que tinha ciência da lesão renal, fazia acompanhamento médico e que já cogitava a possibilidade de realizar hemodiálise. Recebeu a notícia com naturalidade, ficou triste, porém bem. O mesmo explicou a família sobre o tratamento. Manifesta o desejo de que deveria existir um tratamento melhor, menos dolorido; refere que quem faz HD pode apresentar problemas o que o deixa apreensivo. Fala do desgaste do tratamento e acrescenta que poderia ser algo mais fácil, com menos dias, menos horas. Ressalta que com o tempo acostuma-se ao tratamento, pois torna-se uma rotina, mas relata preocupação, e o desejo da transformação dessa modalidade de TRS, por fim menciona que as pessoas em HD estão entregues à responsabilidade dos técnicos, dos enfermeiros e médicos só lhes resta confiar. Enfrenta o tratamento como algo normal, segue corretamente as orientações, quando vivencia intercorrências clínicas se antecipa ao pior e procura assistência médica.

Pseudônimo Marcos, 39 anos, possui união estável, ensino médio incompleto, católico, aposentado por invalidez, realiza HD há três anos, através da FAV, vem para a clínica geralmente acompanhado da sua companheira. O participante relata que sentiu vários sintomas relacionados ao paladar, eliminações urinárias e sangramentos quando descobriu que estava com lesão renal. Refere que trabalhava em empresa de produto químico e banhava-se deste produto. Não tinha consciência que possuía hipertensão. Quando percebeu tal situação já necessitava fazer HD. Associa o tratamento a uma luta, onde a pessoa que necessita desta terapia não pode se curvar. A HD é vista por ele com muito sofrimento, o tratamento é como uma guerra que atinge não só o doente como também a sua família. Menciona que ao iniciar a HD a pessoa pode achar que ficará bom, no entanto tem que saber que viverá dependente de uma máquina. Fala do seu sentimento de tristeza e da dor relacionada ao aparecimento súbito da doença no momento em que o mesmo estava conquistando coisas importantes na vida. A doença é relatada como algo que vem decepando tudo em sua vida. A ele resta apenas a fé em Deus que o auxilia a continuar seguindo em frente. O enfrentamento da doença se dá graças ao apoio familiar. O participante relata que tentou suicídio logo quando descobriu a DRC. Não aceitava o diagnóstico, tornou-se etilista. Hoje a fé em Deus e apoio da família o ajudam no enfrentamento da guerra da HD, ele afirma que vencerá e incentiva colegas que passam por situação semelhante a não desistirem de lutar e ter fé, pois existe uma solução para todos.

Pseudônimo Júlia, 30 anos, solteira, ensino fundamental incompleto, católica, aposentada por invalidez, realiza HD há dezenove anos, ou seja, iniciou o tratamento ainda criança. Dialisa através da FAV, vem para a clínica sozinha, refere que só chega ou sai da clínica acompanhada caso sinta mal-estar. A participante relata que quando surgiram os sinais e sintomas da IRC foi levada ao médico por uma tia. Após ser sido detectada a lesão renal, começou a realizar HD imediatamente, relata que sua FAV foi confeccionada logo no início do tratamento e que está durou muitos anos. Lamenta pelas pessoas que não conseguem confeccionar este acesso vascular ou que perdem a FAV precocemente. Para ela, a HD é um bom tratamento e agradece a Deus por existir essa terapia que garante a vida da pessoa com IRC. Menciona que sem a HD milhares de pessoas deixariam de existir. Agradece a Deus por esta vida. Fala que se sente bem, melhor do que se sentia antes de iniciar a HD e afirma que está na luta. Apresenta um sentimento dicotômico em relação a HD: sente muito pela necessidade de realizar HD,

mas agradece a Deus pela existência do tratamento. Enfrenta o tratamento com tranquilidade e refere que no início foi difícil, teve medo, mas superou.

Pseudônimo Célia, 53 anos, casada, ensino fundamental incompleto, católica, recebe um benefício, garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), realiza HD há sete anos, através da FAV, vem para a clínica acompanhada de filhos ou esposo. Relata que saber sobre a necessidade de realizar HD foi uma experiência horrível, a mesma entrou em pânico. Ela desconhecia essa TRS e ficou abalada com a forma como a médica informou da necessidade vital do tratamento. Não considera o tratamento como algo bom, não se sente bem fazendo HD, sente-se triste. Vai para HD pela necessidade da terapia para manutenção da sua vida, manifesta o desejo de desistir do tratamento. Relata que deixou de fazer muitas coisas em consequência da HD e não vê retorno direto. Menciona uma complicação da DRC que vem afetando sua qualidade de vida. Fala que enfrenta o tratamento hemodialítico “com a cara e a coragem”. Tem dias mais difíceis que só comparece para realizar HD pela necessidade vital do tratamento. Retorna a falar da complicação da DRC vivenciada por ela no momento.

3.5 ANALISANDO A DESCRIÇÃO E COMPREENSÃO DOS DEPOIMENTOS: O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO

A descrição e compreensão dos depoimentos ocorreram simultaneamente ao encontro com os participantes da entrevista fenomenológica. O método escolhido foi a análise fenomenológica proposta por Martins e Bicudo (2005).

O fenômeno situado é o ser que não é evidente, mas se desvela diante da experiência vivida. O fenômeno quando situado é compreendido existencialmente na consciência. A “pesquisa do fenômeno situado se dedica ao estudo do que se mostra quando perguntamos pelo o que é isso que se mostra? Mas aquilo que se mostra, não se mostra [...] se revela na experiência vivida” (BICUDO, 2011, p.55).

Este método de análise possui quatro momentos que são expressos da seguinte forma:

1. Leitura da transcrição da entrevista sem buscar elementos ou atributos ali contidos;

2. Releitura das entrevistas, tantas vezes quanto for necessário para discriminar “unidades de significados”, numa perspectiva psicológica, focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado;
3. Após obter as unidades de significado expressa-se o insight-percepção psicológica nelas contidas, mais diretamente;
4. Sintetização de todas as unidades de significado transformadas em uma composição consistente referente às experiências dos participantes.

Martins e Bicudo (2005) propõem a análise fenomenológica em duas fases: Análise Ideográfica e Análise Nomotética.

A análise ideográfica refere-se ao emprego de ideogramas, ou seja, de representações de ideias por meio de símbolos. Efetivamente, trata-se da análise da ideologia que permeia as descrições ingênuas do sujeito. A raiz do termo está em ideografia que se refere a representação de ideias por meio de símbolos gráficos (MARTINS; BICUDO, 2005, p.100).

Os resultados são apresentados através de análise compreensiva das unidades de significados empíricas tendo como referencial filosófico a análise fenomenológica da percepção de Merleau-Ponty.

Abaixo estão descritos os momentos de reflexão na análise ideográfica deste estudo. Inicialmente as entrevistas foram lidas na busca por compreender um sentido para o conjunto de cada um dos depoimentos.

Foram então elaborados inicialmente quatro quadros para análise de cada uma das questões da entrevista. Os quadros estão divididos em três colunas que representam, os passos percorridos pela pesquisadora na busca por desvelar o fenômeno. Cada um destes quadros representa um momento específico da análise ideográfica.

No quadro 03 temos o primeiro momento de reflexão da pesquisa, a pré-análise. Na primeira coluna à esquerda está a descrição/suspensão, que se trata da resposta do participante na íntegra à questão de investigação (descrição). Nesta etapa da análise foram sublinhadas as partes mais significativas da entrevista (suspensão). Na coluna central, foram selecionados os períodos que possuíam locuções de efeitos, alcançando aí a redução, destes períodos passamos à terceira coluna, a da direita, onde estão descritas as unidades de significado, se trata da suspensão extraída das locuções de efeito.

No quadro 04 é iniciado o segundo momento de reflexão. Das unidades de

significado encontradas na primeira coluna à esquerda, foram extraídas as declarações significativas, transcritas na coluna central e por fim, a transformação dessas unidades na linguagem da pesquisadora, registradas na terceira coluna à direita. Ressalvo que como este método de análise trata-se de um ir e vir, por vezes estas declarações significativas são as mesmas locuções de efeitos extraídas na etapa anterior.

No quadro 05, adentramos no terceiro momento da análise, neste observamos na terceira coluna à direita os constituintes de significados ou as palavras de significados extraídas da fala do participante.

No quadro 06, chegamos ao quarto momento, no qual extraímos as palavras de maior significado encontradas na fala dos participantes.

Trago como exemplo do método de análise, um recorte da entrevista 01, realizada com o participante Hélios. Ressalvo que este rigor metodológico foi aplicado da mesma forma em todas as entrevistas e a cada questão da entrevista fenomenológica.

QUADRO 03: PRIMEIRO MOMENTO DE REFLEXÃO – PRÉ-ANÁLISE

Questão da entrevista: Eu gostaria de saber o que o senhor sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise.		
DESCRIÇÃO (SUSPENSÃO)	LOCUÇÕES DE EFEITO (REDUÇÃO)	UNIDADES DE SIGNIFICADO (SUSPENSÃO)
Olha eu não senti nada, porque eu tive problemas eu estava com anemia. Eu joguei futebol domingo à tarde e não senti nada. Estava marcado com uma neurologista, quando foi na segunda feira disse que ia internar, aí me internou e botou logo o cateter. O cateter. Entendeu? Aí não entendi. Eu nunca tive problema. E eu estranhei ela me encaminhar para fazer o cateter. Eu achei que meu problema de anemia podia que com medicamento ter resolvido.	<p>“Eu não senti nada”</p> <p>“Aí me internou e botou logo o cateter”</p> <p>“Eu nunca tive problema”</p> <p>“Meu problema de anemia podia que com medicamento ter resolvido”</p>	<p>Não senti nada;</p> <p>Botou logo o cateter;</p> <p>Nunca tive problema;</p> <p>Com medicamento ter resolvido.</p>

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

QUADRO 04: SEGUNDO MOMENTO DE REFLEXÃO

Questão da entrevista: Eu gostaria de saber o que o senhor sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise.		
UNIDADES DE SIGNIFICADO	DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	TRANSFORMAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO ENCONTRADAS NOS DEPOIMENTOS NA LINGUAGEM DA PESQUISADORA
Não senti nada; Botou logo o cateter; Nunca tive problema; Com medicamento ter resolvido.	“Eu não senti nada” “Aí me internou e botou logo o cateter” “Eu nunca tive problema” “Meu problema de anemia podia que com medicamento ter resolvido”	O participante da pesquisa não sentia sintomas da DRC, foi surpreendido com a necessidade de realizar HD, acreditava não ter nenhum problema de saúde e julgava que este problema pudesse ser tratado com medicamentos.

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

QUADRO 05: TERCEIRO MOMENTO DE REFLEXÃO

Questão da entrevista: Eu gostaria de saber o que o senhor sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise.		
DECLARAÇÕES SIGNIFICATIVAS	TRANSFORMAÇÃO DAS UNIDADES DE SIGNIFICADO ENCONTRADAS NOS DEPOIMENTOS NA LINGUAGEM DA PESQUISADORA	CONSTITUINTES DE SIGNIFICADO OU PALAVRAS DE SIGNIFICADO
“Eu não senti nada” “Aí me internou e botou logo o cateter” “Eu nunca tive problema” “Meu problema de anemia podia que com medicamento ter resolvido”	O participante da pesquisa não sentia sintomas da DRC, foi surpreendido com a necessidade de realizar HD, acreditava não ter nenhum problema de saúde e julgava que este problema pudesse ser tratado com medicamentos.	Não senti nada; Botou logo o cateter; Nunca tive problema; Com medicamento ter resolvido.

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

QUADRO 06: QUARTO MOMENTO DE REFLEXÃO

Questão da entrevista: Eu gostaria de saber o que o senhor sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise.	
PARTICIPANTE/ENTREVISTA	PALAVRAS DE SIGNIFICADO
Hélio / Entrevista 01	[...] eu não senti nada [...] botou logo o cateter [...] eu nunca tive problema [...] com medicamento ter resolvido.

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

Após a elaboração destes quatro quadros para análise de cada questão de investigação, emergiu um quinto quadro, que elencou os temas abordados nas falas dos participantes e as palavras de significado.

QUADRO 07: TEMAS/PALAVRAS DE SIGNIFICADO

TEMAS/PALAVRAS DE SIGNIFICADO
Negação: Não senti nada; Eu nunca tive problema.
Cateter: Botou logo o cateter; E eu estranhei ela me encaminhar para fazer o cateter.
Dor: É um tratamento muito torturado; Muita tortura; É muito torturado; E também as furadas; Já é prejudicado pela agulha grossa.
Tratamento: Com medicamento ter resolvido; Ter menos tempo, e menos dias, menos horas para fazer; Eu obedeco a cartilha do tratamento. Eu faço tudo certo.
Sentimentos: Tem horas que a pessoa desanima.
Fé: Por que eu tenho fé em Deus, e eu tenho fé de ficar bom.
Idiossincrasia: Responsabilidade; Erro humano; Vários erros humanos; E esse tratamento é muito lucrativo; O homem é inteligente, mas é mito ambicioso e desumano.

Fonte: Banco de dados da pesquisadora

Desprendendo-se do individual e partindo para o coletivo, os temas e palavras de significados extraídos de cada entrevista foram analisados conjuntamente e deram origem às unidades de sentido e aos constituintes de sentido, que serão apresentados nos resultados deste estudo. Ressalvo que as palavras de significado foram sinalizadas com cores diferentes, de acordo com os temas extraídos de cada entrevista, esse fator auxiliou no momento da análise do todo.

Abaixo segue apenas um esquema ilustrativo que auxilia na compreensão de todo o caminho percorrido para chegar às unidades de sentido e aos constituintes de sentido, finalizando a análise ideográfica.

CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO DURANTE A ANÁLISE IDEOGRÁFICA: O EMERGIR DAS UNIDADES DE SENTIDO



Fonte: Banco de dados da pesquisadora

A análise nomotética está relacionada às diversas ideias dos participantes que possibilitaram a construção de unidades de sentido e constituintes de sentido, em um movimento de passagem do individual para o geral, que envolveu uma compreensão e articulação das temáticas abordadas pelos participantes (MARTINS; BICUDO, 2005).

A análise nomotética permitiu: Analisar o conteúdo de forma geral; Desvelar o que é possível com a pesquisa; Identificar as convergências e divergências dos discursos individuais; Agrupar as convergências para desvelar ideias comuns do fenômeno; Agrupar as divergências para desvelar idiosincrasias; Descrever os conteúdos dos agrupamentos; Refletir sobre o fenômeno (MARTINS; BICUDO, 2005).

Essa reflexão engloba a busca pela compreensão dos aspectos da estrutura do fenômeno, e assim obtém-se uma formulação das condições e relações que o formam (MARTINS; BICUDO, 2005).

3.6 COMPREENDENDO OS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo CEP da UEFS. A pesquisa respeitou os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/12 que regulamenta o estudo com seres humanos (BRASIL, 2012).

Aos participantes da pesquisa foram oferecidas orientações detalhadas sobre a finalidade do estudo. Os riscos e benefícios do estudo também foram ressaltados nessa ocasião. Os participantes foram informados do risco de se sentirem envergonhados, tristes ou mesmo chorosos com as perguntas da pesquisadora. Foram informados também que, para minimizar esse risco, as técnicas seriam aplicadas em um local reservado, evitando a interrupção de outras pessoas, preservando seu o anonimato. Os participantes ficaram cientes dos benefícios de refletirem sobre os sentimentos com relação a HD, a possibilidade de compartilhar vivências relacionadas ao tratamento e dividir experiências de vida, contando com uma escuta qualificada e suporte emocional se necessário. Ficou claro que caso houvesse necessidade de suporte emocional a psicóloga da instituição seria acionada.

Em relação a autonomia, os participantes foram orientados quanto: a livre participação e a possibilidade de desistência em qualquer das etapas da pesquisa, sem prejuízos a nenhuma das partes. Estes voluntários foram informados que caso desejassem anular seu consentimento no estudo poderiam entrar em contato com Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde (NIPES) e sua desistência seria assegurada.

Os resultados das entrevistas foram transcritos e analisados. O material será guardado por um período de cinco anos e após este tempo será destruído. Foi garantido aos participantes indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Para registro do aceite na pesquisa o TCLE foi assinado pelos participantes, este documento contém essas e outras informações. O termo foi lido e explicado e as etapas seguintes só prosseguiram mediante a concordância dos participantes confirmada em assinatura de duas vias deste documento. Uma delas ficou com o participante a outra em posse da pesquisadora.

4 CONSTRUINDO A ANÁLISE IDEOGRÁFICA SOB A VOZ DAS PESSOAS EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Essa etapa correspondeu à análise ideográfica considerada individual dos relatos dos doze participantes. Inicialmente, cada entrevista foi analisada individualmente a fim de chegar nos temas e palavras de significados. Realizada esta etapa os temas e palavras de significados coletivamente deram origem aos constituintes de sentido e às unidades de sentido. Neste estudo estão descritos da seguinte forma: **Vivenciando sentimentos no tratamento de hemodiálise:** Sofrendo com a hemodiálise, Esperando por mudanças, Experimentando o lado bom da hemodiálise; **Enfrentando o tratamento de hemodiálise:** Ingressando na hemodiálise, Negando a doença e o tratamento, Aceitando a hemodiálise, Lutando pela vida, Cumprindo regras da hemodiálise; **Percebendo a liberdade na hemodiálise:** Sobrevivendo através da hemodiálise, Aprisionando-se a hemodiálise, Isolando-se.

4.1 VIVENCIANDO SENTIMENTOS NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Após leitura dos relatos dos participantes emergiu a unidade de sentido: Vivenciando sentimentos no tratamento de hemodiálise que para melhor compreensão é descrita nos constituintes de sentido: Sofrendo com a hemodiálise; Esperando por mudanças; Experimentando o lado bom da hemodiálise.

4.1.1 Sofrendo com a hemodiálise

Sufrimento é um sentimento comum vivenciado pelas pessoas que ingressam no tratamento de HD. As mudanças impostas pelo tratamento despertam: medo, desespero, pânico, tristeza, depressão e tantas outras emoções.

Sufrir parece ser uma condição inerente experimentada pela pessoa que realiza HD, sobretudo no impacto causado no momento do diagnóstico. Abaixo, seguem falas dos participantes desta pesquisa que comprovam esta afirmação:

“Eu senti assim, tipo um **baque**, entendeu? Um **susto** mesmo o que eu senti. Senti muito **medo** [...] Ó assim, no começo, eu ficava assim com muito **medo**. Entendeu? Eu ficava muito assim em **pânico**”. (**baque, susto, medo, pânico**) Igor.

“**Susto**, tomei **susto**. Mas, é **inevitável** porque eu tinha vindo da peritoneal. O fato de fazer hemodiálise me **assustava** um pouquinho[...]”. (**susto**) Xavier.

O impacto da necessidade de realizar HD, despertou em Igor e Xavier o sentimento, susto. Igor ressalta ainda que vivenciou o medo e pânico diante da notícia, a lesão renal que o acometera, foi detectada naquele momento. Xavier que já realizara outra TRS, reconhece que sabia que o tratamento de HD era inevitável diante da sua condição de adoecimento, porém isto não conteve a sensação de assustar-se com o fato.

O início da HD é descrito associado ao medo e desespero. Este fator pode ser explicado devido ao caráter desconhecido dessa terapia, afinal pouco se sabe sobre a HD quando não se é doente renal crônico e/ou possui vínculo direto com alguém que realize essa terapia.

“Bom, logo no início foi difícil né. Eu fiquei com **medo**. Mas passou rápido”. (**medo**) Júlia.

“Ô filha eu senti uma coisa diferente né. A gente fica **chateado** porque acontece essas coisas, eu fiquei **desesperado** [...] No começo eu pensava que era uma coisa **horrível**, pelo que comentavam eu achava que era **horrível**, mas hoje eu me sinto normal [...]”. (**chateado, desesperado, horrível**) Nei.

“Ah! Entrei em **pânico**. Foi **horrível** mesmo viu. Eu ainda achei um médico, uma médica que ainda me disse, que chegou para mim e eu nem sabia do que se tratava, ela chegou para mim e me disse: “É, você está sabendo que vai ficar a vida toda fazendo hemodiálise” Eu nem conhecia isso, nem sabia o que era”. (**pânico, horrível**) Célia.

Para Júlia, Nei e Célia, não ter conhecimento prévio do tratamento de HD despertou medo, desespero, pânico. Júlia e Nei descrevem que ingressar na HD foi difícil, mas os sentimentos negativos podem ser superados. Já Célia deixa expresso em sua fala o sentimento de angústia por descobrir que para iria depender de um tratamento para sobreviver. Um tratamento, que até então desconhecia.

Existem aqueles que já vivenciaram a experiência de HD como expectadores, pois, possuíam alguém da família que realizou o tratamento. Ter conhecimento sobre a terapia hemodialítica nem sempre é um fator que auxilia positivamente no momento de ingressar na HD. Os relatos de Alfredo e Silva comprovam a afirmação:

“[...] eu já tinha **pavor**, eu via a minha mãe fazendo hemodiálise lá no Português, então eu não gostava de ver a fístula de ninguém e tinha **pavor** disso, pavor da, da... na verdade, o **medo** de fazer foi pior de que fazer, eu lhe garanto”. (**pavor**) Alfredo.

“**Chora** muito. **Chorei, chorei, chorei** porque meu irmão fazia hemodiálise e faleceu todo entrevado. Não **chorei** com o **medo** de fazer hemodiálise, **chorei** porque eu sabia que era que é o início do fim”. (**chorar, tristeza**) Silva.

Saber sobre o tratamento de HD despertou em Alfredo e Silva o sentimento de tristeza. Esse é expressado em suas falas pelas palavras: pavor, medo, chorar. Conhecer a HD de perto, antes de ingressar no tratamento permite ao detentor do saber antecipar-se as complicações que podem surgir.

Para Lima saber sobre a necessidade da HD, permitiu a associação do caráter hereditário que pode ter a DRC. Desde cedo, o mesmo encarou o tratamento como uma necessidade vital. Associava o adoecimento a uma coisa de família.

“[...] o que eu senti [...] eu tive a **necessidade** né de fazer hemodiálise. [...] eu já tinha caso, a minha mãe, teve problema, ela nunca fez né, ela morreu e nunca fez, mas eu senti que isso era de família [...] a gente tem o problema, as vezes é gerado por família”. (**necessidade**) Lima.

A HD ocasiona sofrimento pelo caráter indispensável que tem na vida daquele que possui IRC em fase dialítica. O tratamento nesta fase do adoecimento é fundamental.

Marcos deixa impresso em sua fala o sofrimento trazido pelo tratamento hemodialítico, relata o impacto de descobrir que DRC não tem cura e que a HD torna-se vital:

“**Sufrimento. Sofrimento** [...] tem pessoas que não recebe essa resposta bem, que há que está fazendo diálise, porque quando você se interna, você acha que é um probleminha, que vai sair do hospital que vai tá bom. Enquanto você tem que saber que vai viver através de uma máquina. Que sem a máquina você não vai conseguir viver. Então é isso aí. **Tristeza**. Muita **tristeza**, muita **dor** [...]”. (**sofrimento**) Marcos.

Célia não vê o tratamento de HD como algo bom. Faz associação com tristeza e manifesta que, por vezes, seu desejo é desistir, no entanto, vai para HD pela necessidade vital da terapia. Ressalta ainda que, por conta do tratamento, mudou seus hábitos de vida.

“**Não é coisa boa**, quer saber eu penso é isso, que isso aí não é coisa boa não. Isso não é de Deus. O que eu penso é isso. [...] Eu não me sinto legal não. É.. eu me acho **triste**. Não faço mais o que eu fazia. Só venho mesmo, porque tem que vim mesmo. Mas não é vontade de... tem horas que dá vontade de **desistir** de tudo [...] eu deixei de fazer, é, alimentação, tudo isso. Eu deixei muitas coisas para trás. E não estou vendo retorno nenhum [...] Com a cara e a coragem e é isso aí. Tem que vim mesmo, aí a gente... tem dias que eu estou **tão por baixo**, mas eu digo tem que ir, aí eu vou mesmo”. (**tristeza, desistir**) Célia.

Alfredo e Silva falam da resiliência, da depressão e de não se deixar abater. Alfredo ainda relaciona o tratamento de HD a um castigo, não no sentido de castigo

divino, mas uma penitência a ser cumprida e da tristeza causada pelo tratamento. Ressalta que sua personalidade lhe permite, mesmo diante do adoecimento, manter o equilíbrio emocional. Já Silva rejeita outra modalidade de terapia dialítica e usa a palavra “infelizmente” para expressar sua insatisfação diante da necessidade de realizar HD.

“[...] é **necessário**, agora é uma coisa assim que eu tomo como um **castigo**, não que seja um **castigo** de verdade, que Deus... não é isso [...] o jeito é **aceitar**, fazer, é assim, tem dias que realmente a gente fica mais, mais **triste** né, mas assim, acorda, pô, na hora de acordar é horrível, na hora de acordar [...] que você diz assim tem que ir para aquele negócio[...] Mas a gente vai levando, tem dia que está mais tem dia que tá menos **deprê** assim, mas graças a Deus eu não sou daquele tipo de pessoa de **deprimir** de vez né. Claro que não vou dizer que esteja 100%, mas consigo levar, no trabalho o pessoal me dizia, aí você ainda brincar, e se eu não brincar vou fazer o que? Dá um tiro no corpo?” (**castigo, aceitação, tristeza, depressão**) Alfredo.

“Bom, **infelizmente** estou me sentindo bem, porque **não tem outro jeito**, não tem outro método a não ser esse. Peritoneal eu não quero [...] Claro que eu sou humano e de vez em quando dá aquela, como é que diria, a gente, **depressão** né? Dá um pouco. Mas imediatamente eu **supero**. Não é constante” (**depressão, superação**) Silva.

Para Igor, Alfredo, Silva e Lima o tratamento de HD vem associado com o medo da morte. A finitude da vida antes desconhecida agora passa a ser anunciada. O medo da morte é associado: as complicações da terapia, as experiências de morte de outros colegas em HD e a impossibilidade de não realizar a própria HD. As falas seguintes expressam esse pensamento:

“[...] **Medo** mesmo, eu ficava com **medo** de assim... não aguentar e **morrer** [...] Os dias com muito **medo** viu? Muito **medo**. Eu sinto muito **medo** mesmo. Na primeira vez quando o médico falou assim você vai começar que fazer diálise, eu fiquei, eu tomei um **choque**, eu fiquei com **medo** mesmo. Porque eu pensava assim que quem fazia hemodiálise é não vai suportar, **vai morrer** [...]” (**medo da morte**) Igor.

“Tem pessoas que já se **foram**, né?” (**morte do outro**) Alfredo.

“[...] E durante a diálise mesmo, a gente **sente**. Tem dias que senta aí e está tudo Ok graças a Deus. Mas tem dias que a pressão sobe ou baixa demais, que já aconteceu de abaixar de eu **ver escurecer** tudo. Aí eu digo etá diacho **perdi o túnel**[...]” (**ver escurecer**) Silva

“Porque é um problema que eu já vi muita gente **morrer** por consequência da hemodiálise. Então eu me sinto **preocupado**, no dia que não puder fazer mais, entendeu? Aí, aí teria que **morrer**, porque não tem, quando a gente não faz, não tem mais como fazer, ir para a máquina, então tudo vai **parar**. Entendeu? Meu sentimento é esse”. (**morrer, parar**) Lima.

Igor descreve claramente o medo da morte relacionado ao tratamento de HD. Já Alfredo e Lima falam da experiência de morte vivenciadas por outras pessoas em HD, Lima ainda deixa claro que viver no mundo para quem faz hemodiálise implica em render-se às rotinas da terapia, pois sem ir à máquina, deixa-se de existir. Para Silva, algumas intercorrências na HD remetem vivências de morte.

Existe também a experiência de morte real. Diante do adoecimento e impossibilidade de cura Marcos relata que tentou suicídio:

“Já tentei até me **matar** quando eu descobri logo. Porque eu não conseguia, não aceitava de modo nenhum. Me joguei na bebida, bebia todos os dias”. (**morte**) Marcos.

A tentativa de suicídio de Marcos demonstra o quanto impactante é o tratamento de HD, visto que o mesmo atentou contra sua própria vida.

4.1.2 Esperando por mudanças

O desejo de que a HD seja diferente, menos dolorosa e mais flexível é comum nas pessoas que realizam este tratamento.

“[...] a medicina deveria ter menos tempo, **evoluir**, a medicina **evoluir**, ter menos tempo, e menos dias, menos horas para fazer e menos dias. Entendeu?” (**evoluir**) Hélios.

“Até hoje não tem **outro método**”. (**outro método**) Silva.

“Se tivesse outro método, mais **fácil**...[...] algo de forma mais **fácil**, ou menos dias, menos horas, seria melhor [...] Mas a gente fica procurando sempre, eu fico pensando se poderia ter outra maneira mais **fácil** de fazer, outro tipo de tratamento”. (**fácil**) José.

Hélios e José gostariam que o tratamento fosse mais curto. Três vezes por semana e quatro horas por sessão é algo que interfere na rotina de vida daqueles que realizam HD. Silva não descreve como, mas lamenta a inexistência de outro método na própria HD.

Realizar o Tx é um sonho comum para os que fazem HD. Esta TRS apesar de não representar a cura, possibilita a pessoa em diálise libertar-se do tratamento hemodialítico e ter qualidade de vida. Esse desejo é expressado nas falas dos participantes: Xavier, Alfredo, Silva, Lima e Moacir.

“E pedindo a Deus sempre que o **transplante** venha o mais rápido possível porque como diz, o transplante você tem que tomar medicamento eterno, que seja, mas você tendo uma condição de tratamento uma alimentação boa, você fica, fica tranquilo” **(transplante)** Xavier.

“Eu quero fazer o **transplante** para poder ter uma vida mais fácil né? Mas fácil para mim. Eu inclusive procuro manter a saúde em outros aspectos por isso. Eu quero aguentar poder fazer o **transplante**”. **(transplante)** Alfredo.

“[...] a não ser um **transplante**. Porém vai tomar remédio também o resto da vida, o **transplante** só vai evitar que eu venha fazer hemodiálise, se analisar friamente a qualidade de vida melhora um pouco, não é? Mas eu sei que para mim vai ser difícil, eu teria que ir para São Paulo fazer pâncreas e rins. Não quero não, agora se fizer aqui rins, agora acredito muito que não faça não por causa da minha idade, uns dizem que é até 70, outros, eu não sei porque... Mas tem que ser realista, um jovem que está com esse problema, vai ter prioridade em relação a mim, e com todo direito, porque ainda está começando a vida[...]”. **(transplante)** Silva.

“[...] o que eu penso numa ocasião é fazer o transplante [...]”. **(transplante)** Lima.

“[...] procurar também fazer o **transplante** porque é eu acho que é fundamental e também se cuidar, cada vez mais se cuidar, porque tá difícil [...]” **(transplante)** Moacir.

O Tx renal é como um sopro de esperança. Libertar-se da máquina e ter a vida mais próxima à normalidade. Xavier, Alfredo, Lima e Moacir esperam confiantes ser um dia contemplados com Tx. Já Silva releva que o fator idade e sua condição clínica não permitem que ele acredite que esta possibilidade seja viável.

4.1.3 Experimentando o lado bom da hemodiálise

Apesar do sofrimento trazido pela HD, não se pode deixar de levar consideração que esta terapia permite de manutenção da vida de pessoas adoecidas por IRC em fase terminal. Este tratamento proporciona a sobrevida e por vezes melhora também a qualidade vida.

“[...] É um tratamento que graças a Deus que existe, porque se não existisse eu acho que milhares de pessoas já não existiriam mais. E eu **agradeço** a Deus por **existir**. Até hoje eu estou aqui viva, me sinto muito bem. Melhor do que antes [...] eu sinto muito por estar nessa vida. Mas também **agradeço** muito a Deus e só isso”. **(agradeço)** Júlia.

“[...] porque se eu não fizer o tratamento não tenho, não tenho como **existir**. Não é? É isso”. (**existir**) Lima.

Júlia e Lima relatam que o tratamento hemodialítico permite a pessoa com IRC em fase terminal existir no mundo. Na fala de Júlia ela expressa agradecimento a Deus pela possibilidade de poder realizar HD e assim viver.

“[...] uma forma **boa**, pode se dizer boa né [...] para poder recuperar, o rim [...] o tratamento está **excelente** [...] a gente vai começando o tratamento e ajudando a eliminar aquelas coisas ruins [...]” (**boa, excelente**) Igor.

Igor expressa que o tratamento é algo excelente, visto que restaura a sua saúde.

“É meu sentimento é dos **melhores possíveis** eu, não, **não fico chateado. Não penso em coisas ruins**. Meu pensamento, meus sentimentos é que eu quero **ficar bom**. Disso que aconteceu comigo”. (**sentimentos bons**) Nei.

Para Nei o tratamento de HD lhe desperta bons sentimentos. Porém, em sua fala também é manifestado o desejo de curar-se do adoecimento.

O cuidado na HD é fundamental para amenizar o sofrimento das pessoas que dependem dessa terapia. Cabe aos profissionais de saúde, confortá-las, ouvi-las e buscar atendê-las nas suas reais necessidades, tornando o seu dia a dia melhor e despertando sentimentos felizes.

“[...] o tratamento, as enfermeiras aqui são todas, gente boa. Todo mundo lhe trata bem. Quem é que não quer ser tratado com **carinho**? Se você é tratado com **carinho** com todo problema, passa [...] As meninas me tratam muito **bem**, com muito **carinho**, e aquilo ali me fortalece muito, me ajuda muito [...] Porque o amigo, mas próximo do paciente com qualquer problema que seja é o enfermeiro é o médico. Se ele lhe tratar **mal**, você ao invés de você melhorar você **piora**”. (**carinho**) Xavier.

“Hoje eu me sinto **bem**. Me sinto ótimo. Graças a Deus. No início não, mas hoje eu estou me sentindo **bom, bem**, inclusive com os profissionais que são muito, muito **ótimos** comigo e com todos os que faz junto comigo. Hoje eu me sinto **ótimo**”. (**bem estar**) Moacir

“Aí gente fica entregue mesmo a responsabilidade dos técnicos, dos enfermeiros e médicos e **confiar**”. (**confiar**) José.

A fé é um sentimento compartilhado por muitas pessoas em HD. A fé auxilia no enfrentamento do tratamento hemodialítico. Com fé espera-se pela cura, com fé resigna-se a aceitar o destino da HD, com fé busca-se forças para lidar com o tratamento.

“Por que eu tenho **fé** em Deus, e eu tenho **fé** de ficar bom. Entendeu? Minha vida como era antes[...]” (**fé**) Hélios.

“[...] mas agora graças a Deus eu estou assim [...] vou aguentar e deixa eu ver meu Deus, e suportar tudo isso[...] Eu tenho **fé** que vou sair dessa, com **fé** em Deus”. (**fé**) Igor.

“Mas tá tudo bem, por enquanto tá tudo tranquilo, assim espero, com **fé** em Deus”. (**fé**) Xavier.

“[...] vou ficar com esse mesmo até o dia que Deus quiser”. (**fé**) Silva.

“Que **Deus me permita** que eu fique bom, ou viva mais uns dias, que é o mais importante não é”. (**fé**) Nei.

“Então hoje eu chamo por Deus muito para continuar seguindo em frente”. (**fé**) Marcos.

Hélios, Igor, Xavier, Silva, Nei e Marcos expressam em seus relatos a importância de ter fé. Para Hélios e Igor a cura da DRC irá acontecer. Xavier espera resiliente por mudança. Silva aceita o tratamento de HD e associa sua permanência nessa modalidade dialítica à vontade de Deus. Nei deseja ficar bom ou mesmo sobreviver com o tratamento. Para Marcos a fé permite que ele continue a seguir em frente.

O apoio familiar é importante para a pessoa que realiza HD. Marcos foi o único participante da pesquisa a mencionar a presença da família no tratamento, no entanto sua declaração é expressiva.

“Com minha **família** me apoiando, principalmente a minha **família** porque se não, eu não conseguiria não [...] Hoje eu tenho primeiramente Deus, depois minha **família**[...]”. (**família**) Marcos.

Marcos deixa claro que o apoio da família é fundamental para o enfrentamento da HD.

4.2 ENFRENTANDO O TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Após leitura dos relatos dos participantes emergiu a unidade de sentido: Enfrentando o tratamento de hemodiálise que para melhor compreensão é descrita nos constituintes de sentido: Ingressando na hemodiálise; Negando a doença e o tratamento; Aceitando a hemodiálise; Lutando pela vida; Cumprindo regras da hemodiálise.

4.2.1 Ingressando na hemodiálise

A pessoa que ingressa no programa de HD pode estar clinicamente bem, ou não. Como IRC é uma doença silenciosa, os sinais e sintomas geralmente se manifestam quando a lesão renal já está no estágio dialítico. Abaixo seguem relatos dos participantes que descrevem quando e como foram inseridos no programa de HD.

“[...] porque eu tive problemas eu estava com anemia. Eu joguei futebol domingo à tarde [...] Estava marcado com uma neurologista, quando foi na segunda feira disse que ia internar [...] Aí não entendi [...] E eu estranhei ela me encaminhar para fazer o **cateter**. Eu achei que meu problema de anemia podia que com **medicamento ter resolvido**”. (**resolver com medicação**) Hélios.

“Aí quando eu vim descobrir este problema eu já tinha um ano já com o **rim danificado**, porque eu trabalhava em uma empresa de produto químico e tomei banho desse produto químico. E aí que eu descobri hipertensão que eu não tinha. Aí percebi essa situação aí”. (**rim danificado**) Marcos.

Hélios relata que não sentiu nada. Esse fator, por vezes, dificulta a compreensão da necessidade vital da HD. Já Marcos conta que só descobriu a lesão renal e a hipertensão após um ano que o adoecimento o acometera.

Algumas pessoas ingressam na HD com a sintomatologia da IRC em fase terminal como conta Alfredo, Marcos e Júlia:

“[...] mas quando eu **passei mal** eu não estava com problema respiratório, nada não, foi só o, não inchei membro nada, o problema era o seguinte, como chama, a ureia alta, eu comecei a fazer crise de vômitos até quando escovava os dentes, quando eu ia comer principalmente, comia a comida, a comida dava aquele, foi o que, tinha até que controlar para não botar para fora [...] no último dia nem água ficava no estômago, estava morto de fome, querendo comer de manhã, aí eu bebia um copo de água para disfarçar a fome oxe, não levantei nem do sofá, já saí botando tudo para fora. Enfim, não cheguei a inchar,

não fiz aqueles edemas que vocês falam, nada, agora tinha assim câimbras na perna, câimbras fortes e as vezes dava uma taquicardia assim bumbumbum, mas depois passava”. (**sinais e sintomas**) Alfredo.

“Primeiramente **eu senti** tudo o que eu comia e bebia doce, parecendo mel, se era limão, eu chupava o limão parecendo mel. E aí comecei a ter, sair um ácido da boca parecendo assim casca de laranja e comecei a urinar por todos os meus canais assim, eu comecei a botar sangue, ouvido, olho, boca”. (**sinais e sintomas**) Marcos.

“Eu só **sentia** inchaço no corpo e dores só que eu só que eu só me queixava de noite. [...] quando eu estava começando a inchar, aí ela me encaminhou para o médico [...] E aí quando descobriu aqui também eu já comecei logo a fazer hemodiálise”. (**sinais e sintomas**) Júlia.

Alfredo e Marcos relatam sintomas relacionados ao paladar, já Júlia descreve os edemas tão comuns nos quadros de IRC em fase terminal. Essas alterações provocam desordens físicas e alteram a imagem corporal da pessoa adoecida.

Alfredo e José tinham consciência que possuíam IRC. Ambos apresentaram reações distintas ao saber que precisariam aderir a TRS HD. Alfredo negou-se e foi piorando até necessitar entrar no programa de HD de forma emergencial. Já José que realizara o tratamento conservador apesar da tristeza, agiu com naturalidade.

“Mas enfim, **eu não queria nem saber** de... tanto que quando foi piorando, piorando, um ano eu fiz exames com [...] que é excelente nefrologista, fiz exames com ele, aí [...] e não fui buscar o resultado, aí foi um ano mais ou menos certinho para eu ter a crise né”. (**eu não queria nem saber**) Alfredo.

“[...] descobri que eu tinha problema renal muito cedo, mesmo o médico me dizendo que eu não teria problema futuro, eu, já sempre, ficava me fiscalizando [...] E eu recebi a notícia com **naturalidade**. Meio triste, mas... fiquei bem”. (**naturalidade**) José.

A IRC se apresenta para as pessoas de forma distinta e não se pode esperar uma reação comum a todas as pessoas que ingressam no tratamento de HD.

4.2.2 Negando a doença e o tratamento

A atitude de negação é comum às pessoas que se inserem no programa de HD. Como a DRC age no organismo sem manifestar sintomas característicos, muitas vezes quando é diagnosticada, a pessoa adoecida ainda se sente bem, sendo difícil aceitar

a condição do adoecimento e o tratamento invasivo de HD. A fala de Hélios representa bem essa atitude negação.

“[...] **eu não senti nada** [...] botou logo o cateter [...] **eu nunca tive problema** [...]”. (**negação**) Hélios.

Alfredo, faz alusão à fase do luto negação, e informa que já tinha consciência da sua doença, entretanto mesmo assim, negou sua condição de doente.

“[...] quando uma pessoa tem uma doença mais grave e tudo **nega**, [...] embora eu já soubesse que tinha a doença, embora eu não estava ruim antes [...]”. (**negação**) Alfredo.

Nei e Moacir falam do enfrentamento do tratamento de HD nos dias atuais. Nei, não sente sintomas da DRC e relata viver o mais próximo da normalidade. Já Moacir tentou fazer coisas que não deveria no início do tratamento, o que remete à fase do luto, revolta, mas relata viver atualmente com naturalidade. Nega sua condição de doente e afirma que é uma pessoa sã que faz um tratamento. Suas falas transcritas em sequência expressam seus pensamentos:

“[...] **não sinto nada** [...] eu venho para aqui e **fico como se não tivesse acontecido nada comigo**. E vou levando. Para mim é tudo normal, vida normal [...] eu normalmente, como se fosse a minha vida rotineira, como se tivesse trabalhando, ou me divertindo. Minha vida normal [...]”. (**negação**) Nei.

“[...] no início, eu fiquei preocupado, tentei até fazer algumas coisas que não deveria [...] **no início eu não aceitava**. [...] hoje com a maior naturalidade, bem, para mim é **como que eu não esteja doente**, eu estou sã, só estou fazendo um tratamento”. (**negação**) Moacir

A negação é uma reação comum a Hélios, Alfredo, Nei e Moacir, ambos não descreveram sintomas antes de descobrirem o diagnóstico da IRC. Para Nei e Moacir, manter os hábitos de vida próximos a normalidade contribui para negar sua condição de adoecimento mesmo quando já estão em tratamento de HD.

4.2.3 Aceitando a hemodiálise

Aceitar é o que os resta. A resiliência é uma marca presente na fala dos participantes. A HD é o que representa, para estes, alguma expectativa de vida e a eles cabe aceitação que possibilita seguir em frente.

Seguem falas que representam esta maneira de enfrentamento:

“Agora já **acostumei** né, **acostumei**, já me **adaptei** [...] agora está tranquilo, mas teve um tempo que a gente ficava deprimido, mas você **vai acostumando** [...] agora eu já estou **adaptado** né.” (**acostumei**) Xavier.

“[...] eu penso que é **necessário**, porque se não tiver ele eu já tinha morrido [...] eu teria embarcado [...] mas é uma coisa chata, **desagradável**, mesmo [...] e o jeito é **aceitar, fazer** [...] Eu não me sinto bem, feliz com isso, não é? Mas tive que **aceitar**, porque **ou aceita ou não tem jeito** [...]”. (**aceitar**) Alfredo.

“[...] mas tinha que fazer. Eu já fui direto me internar, mas hoje em dia **acostumei** mais [...] mas o dia a dia é isso mesmo a gente ficar sabendo que **não tem cura** [...]”. (**acostumar**) Silva.

“[...] fui **conscientizando** que era preciso fazer a diálise [...] uma coisa normal que é **necessário**[...]”. (**conscientizando**) Nei.

“[...] Aí foi que eu fui **aceitando** [...]”. (**aceitando**) Moacir.

“[...]A gente com tempo a gente vai se **acostumando** que fica uma coisa rotineira né? [...]” (**acostumando**) José.

Os participantes Xavier, Alfredo, Silva, Nei, Moacir e José falam que com o tempo eles aceitaram o tratamento, pois entendem o mesmo como necessário para a manutenção de suas vidas. As palavras: *acostumei*, *adaptei*, *acostumando*, *aceitar* e *aceitando* que estão presentes nos relatos reforçam o comportamento resiliente diante do tratamento hemodialítico. Alfredo deixa claro que mesmo sendo algo necessário a HD não deixa de ser desagradável.

4.2.4 Lutando pela vida

Realizar HD é uma verdadeira guerra, uma batalha diária, uma luta a cada sessão. Nesta guerra as pessoas com IRC são soldados valentes. As falas dos participantes Igor, Marcos e Júlia, revelam que estes estão aptos a lutarem por sua saúde.

Os relatos de Igor e Marcos demonstram superação e o desejo de vencer. Marcos, ressalva ainda que esta guerra traz consequências a outras pessoas que não estão doentes, mas vivenciam o sofrimento indiretamente, a família.

“Muita **força** [...] e **vencer**. Essa **luta** [...] essa **batalha** [...] essa **jornada** [...] eu vou **vencer**. Aí vai dá tudo certo”. (**luta/guerra**) Igor.

“[...] hoje eu faço essa bendita, tratamento abençoado, que a gente não pode se **curvar** não. Porque tem que **lutar** até o fim. [...] uma **guerra** porque atinge não só a você como seus familiares, já tem uma que tem que te acompanhar, outras pessoas já sofre com seu sofrimento [...] conseguir levando em frente essa **guerra** minha, aí. Mas eu vou **vencer**”. (**luta/guerra**) Marcos.

“[...] e tô aí na **luta**”. (**luta**) Júlia.

Igor, Marcos e Júlia apesar de relatarem a luta, manifestam sentimento de vitória em relação no tratamento de HD.

4.2.5 Cumprindo regras da hemodiálise

Cumprir as regras ditadas pela HD é uma etapa essencial para alcançar a qualidade no tratamento, isto implica no sucesso ou insucesso da adesão a esta terapia. Abaixo seguem relatos dos participantes sobre o cumprimento das orientações do tratamento de HD.

“O tratamento, eu **obedeço** a cartilha do tratamento. Eu faço tudo certo. Entendeu? Eu faço as coisas certas. Deixei de fumar, deixei de beber. Alguns tipos de alimentação. Eu **faço** a cartilha certo. (**obedeço**) Hélios”.

Hélios usa o termo cartilha para intensificar que segue todas as orientações do tratamento de HD, sem exceções.

Alfredo compara o tratamento de HD ao programa dos alcoólicos anônimos, onde cada dia é uma vitória. Ele informa que busca ter disciplina para manter-se sempre em bom estado geral.

“Quando a médica diz, não como isso, não coma aquilo, a nutricionista, eu procuro fazer, não sou assim do mais disciplinado não, mas eu procuro **ter uma disciplina** para poder manter o meu estado geral [...] eu estou enfrentando assim é como dizem aquele programa dos alcoólicos **um dia após o outro**. Estou fazendo assim. É um dia já passou quatro anos e dois meses né?” (**disciplina**) Alfredo.

Silva fala sobre as mudanças nos hábitos alimentares, ingesta hídrica e uso de cigarros. Fala em adaptação para adequar-se ao tratamento de HD.

“Eu aprendi de cedo a me **adaptar** a tudo. Alimentação, beber nem sonhar, a mais de anos, fumar já tinha deixado a 36 anos atrás. E alimentação. Tudo que faz mal eu não como não”. (**adaptar**) Silva.

Lima dedica-se a HD, informa que todo o seu tempo e respeito é destinado aos cuidados necessários para o sucesso do tratamento.

“Eu trato com o maior **respeito** [...] **todo o meu tempo** é para fazer o tratamento[...]” (**tempo**) Lima

José nunca pensa em negligenciar o tratamento, realiza sempre as quatro horas de HD prescritas e nunca falta às sessões.

“[...] tem aqueles dias certos e **nunca penso** nem faltar nem mudar o horário, o tempo de 04 horas[...]”. (**nunca penso**) José.

Hélio, Alfredo, Lima e José afirmam que cumprem as orientações da HD. Todos têm consciência que suas escolhas e atitudes influenciam diretamente no curso do tratamento.

A dor é outro elemento importante presente no tratamento de HD. Cumprir as regras da HD implica em ser resiliente para aceitar esse sofrimento. Hélio, Xavier, Silva e José registram a dor associada ao tratamento de HD.

Hélio, usa a palavra tortura, intensificando o seu sentimento e sua sensação de dor, fala também do calibre da agulha usada na punção da FAV:

“[...] é um tratamento muito **torturado**, muita **tortura** [...] é muito **torturado**. E também as furadas [...] já é prejudicado pela agulha grossa [...]”. (**tortura**) Hélio.

Xavier e José usam a expressão coisa dolorida/ negócio dolorido.

“[...] eu procurava não ficar próximo porque era muito **dolorido** [...] eu penso que é uma coisa **dolorida** e que as pessoas não ficam com problema renal porque quer [...]”. (**dolorido**) Xavier.

“[...] acho um negócio assim meio dolorido [...]”. (**dolorido**) José.

Silva relata que o tratamento ocasiona dor física e que este tem pavor das punções, porém, por ironia do destino necessita perfurar o corpo diariamente.

“Deveria existir uma coisa mais prática em relação a perfurar, botar, o acesso né. Porque é **doloroso** [...] eu tenho **pavor** a agulha, (risos), até parece que é piada. Eu tenho **pavor** a agulha e hoje, todo dia de manhã furo o dedo, tomo a insulina, dia sim dia não fura (hemodiálise), é isso mesmo”. (**doloroso**) Silva

Xavier, José e Silva ainda usam a expressão coisa/negócio para fazer referência ao tratamento de HD. Hélio e Silva ainda mencionam a dor física fruto das punções essenciais para uso da FAV.

Nas regras da HD não se pode deixar de fora o fator imprevisibilidade, o inesperado sempre pode acontecer e a pessoa submetida a esse tratamento ainda tem que conviver com a possibilidade de intercorrências, essas trazem incerteza e insegurança.

Nos relatos a seguir observamos nas falas de José e Silva as experiências negativas vividas na HD:

“intervalo das sessões sempre está havendo algum problema...você chega bem de repente **acontece** alguma coisa, [...] cada vez que vem fica apreensivo. Sabendo se vai sair tudo bem ou não [...] geralmente está saindo tudo bem e mesmo quando não sai muito bem, já sei qual os sintomas, o que procurar, o médico, já tive várias internações, e graças a Deus eu sempre me **antecipei** ao pior, é isso aí”. (**acontece**) José.

“[...]a partir do momento que a gente senta em uma cadeira daquela, ninguém sabe o que vai **acontecer**”. (**acontecer**) Silva

José e Silva têm consciência da possibilidade dos agravos que o tratamento de HD pode acarretar a sua saúde e até mesmo a finitude precoce das suas vidas. José ainda fala da importância de conhecer sinais e sintomas para antecipar-se ao pior e Silva faz uma analogia ao inesperado, afinal sentar-se em uma cadeira para realizar HD pode terminar bem ou não.

4.3. PERDENDO A LIBERDADE NA HEMODIÁLISE

Após leitura dos relatos dos participantes emergiu a unidade de sentido: Percebendo a liberdade na hemodiálise e os constituintes de sentido: Sobrevivendo através da hemodiálise; Aprisionando-se a hemodiálise e Isolando-se.

4.3.1 Sobrevivendo através da hemodiálise

Sobreviver é o que importa. Continuar a viver. Ter a possibilidade de uma vida além da expectativa de vida. O tratamento de HD é capaz de fazer o que o corpo já não pode mais. A pessoa com IRC em fase terminal torna-se dependente um tratamento e ela se conscientiza das limitações ocasionadas pelo adoecer. Isso é explicitado nas falas a seguir:

“Mas eu sei a importância que tem para a minha saúde, para minha vida, aliás **sobrevida**, que o pessoal fala **sobrevida**, é até um negócio meio chocante falar da **sobrevida** da gente”. (**sobrevida**) Alfredo.

“A gente chega a uma conclusão que têm de fazer hemodiálise que é para poder **sobreviver** [...] o tempo não é tão favorável. Entendeu?” (**sobreviver**) Lima.

“[...] maneira da gente tentar né **sobreviver**”. (**sobreviver**) Moacir.

Sobre sobreviver, a HD prolonga a vida da pessoa com IRC, porém retira da mesma a sua perspectiva do amanhã. Marcos em sua fala deixa clara as marcas que a HD deixa na vida de um ser.

“[...] agora que eu tô, que eu estava conquistando as minhas coisas. Apareceu essa doença que foi deceparado tudo da minha vida”. (**decepar**) Marcos.

Para Marcos realizar HD implica em deixar de trabalhar e perder sua perspectiva de vida. Suas conquistas em andamento, ficam em suspensão, sem possibilidade de realização presente e/ou futura. Sua fala nos remete apreender o vazio existencial vivenciado por ele.

4.3.2 Aprisionando-se a hemodiálise

A HD na concepção de uma pessoa que realiza este tratamento, é vista como uma prisão, pois retira sua liberdade. É um tratamento que aprisiona a pessoa doente a um centro de diálise e impede a mesma de afastar-se por dias deste local visto que, o tratamento possui caráter vital para sua sobrevida. A fala do participante Alfredo confirma esta afirmação.

“Mas enfim, então é realmente **desagradável**, é como se eu tivesse **cumprindo uma pena**, aquele pessoal da **tornozeleira** ou aquele pessoal de **regime semiaberto**”. (**prisão**) Alfredo.

“No fim de semana é um dia melhorzinho, é um dia melhor, porque leva dois dias sem vim aqui. E terça feira... o chato é ficar controlando o líquido no fim de semana. E terça feira **começa de novo**”. (**prisão**) Alfredo.

Alfredo simboliza o tratamento de HD como uma prisão. Compara o ato de realizar as sessões de HD a um regime semiaberto, cumprindo uma pena. Menciona o uso de uma tornozeleira, como um lembrete de que está vinculado à HD e não pode afastar-se do seu tratamento, que apesar de proporcionar-lhe um intervalo maior aos fins de semana, sempre há o recomeço.

4.3.3 Isolando-se

Isolar-se é uma atitude comum à pessoa que realiza HD, principalmente no início do tratamento. A presença do CVC contribui para esta atitude, visto que este acesso vascular desperta a curiosidade e indagações de terceiros, levando pessoa com IRC ao sentimento de vergonha que acaba culminando no isolamento social.

“[...] sou uma pessoa que gosta de sair e tal e agora fico com muita **vergonha** entendeu. Por causa do cateter esse negócio que está no meu pescoço, muita **vergonha** mesmo, de sair”. (**vergonha**)

Outra estratégia usada pela pessoa em HD é afasta-se de amigos, visto que não se sentem inclusos em determinados grupos sociais por consequência do adoecimento. Este mecanismo de defesa, pode ser observada na fala dos seguintes participantes:

“Eu tinha muita amizade e com **medo** dos amigos se **afastar** de mim [...] por causa disso. Agora não, agora eu assim dizer, primeiro eu tenho que **gostar de mim**, para depois as outras pessoas, por exemplo, se eu não **gostar de mim**, quem vai **gostar de mim**? Primeiro tem que se gostar, para depois os outros [...]”. (**medo**) Igor.

“[...] do tratamento, as vezes você se sente é, **meio solitário**, porque os amigos que você pensava que era seus amigos de verdade, quando você fica doente, muda (...) e a melhor coisa que eu estou fazendo é, eles não se **afastaram**, então eu vou fazer a mesma coisa. **Trocado não dói**. É isso. Eu acho”. (**solidão**) Xavier.

Afastar, recuar, mudar de comportamento são desejos expressos nos relatos de Igor e Xavier. O isolamento inicia-se após o adoecimento e os amigos de antes do adoecer já não se encaixam no novo estilo de vida, há o afastamento e fica a mágoa.

5 CONSTRUINDO A ANÁLISE NOMOTÉTICA À LUZ DA FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO DE MERLEAU-PONTY

Após a análise ideográfica dos relatos dos doze participantes deu-se início a análise nomotética, considerando as diversas ideias, em um movimento do individual para o geral, dentro do mesmo grupo, envolvendo uma compreensão e articulação entre as unidades de sentido e os constituintes de sentido, conforme recomenda por Martins e Bicudo (2005). Dessa forma para a compreensão do fenômeno foram realizadas novas leituras dos recortes dos relatos dos participantes em um movimento de ir e vir, em que as convergências e divergências foram interpretadas com base nos constituintes de sentido.

5.1 VIVENCIANDO SENTIMENTOS NO TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Na fala dos participantes aparecem sentimentos de sofrimento com a HD, de esperança por mudanças na realização desse tratamento, bem como o agradecimento por poder continuar sobrevivendo.

A DRC e o tratamento de HD comumente aparecem de forma abrupta e inesperada, suscitando tristeza nas pessoas adoecidas. Deste ponto em diante estas, pessoas precisam adaptar-se às mudanças ocasionadas. Em seu estudo Ferreira; Agra; Formiga, (2017) mencionam que as pessoas ao descobrirem a falência renal associam a doença a perda de uma parte do corpo.

Ainda segundo estes autores:

Tristeza é uma qualidade, uma sensação; consternação; mágoa; melancolia; pena; desgosto; pesar. Triste é o estado daquele que tem mágoa ou aflição; que não tem alegria; que se aflige, que inspira tristeza; cheio de melancolia ou de cuidados; lastimoso; infeliz; sombrio; deprimido; insignificante; pessoa infeliz que inspira compaixão (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017 p. 45).

Estes autores, ressaltam que a tristeza foi o sentimento mais apontado, em seu estudo, visto que as pessoas em HD convivem com um problema que as fazem sentirem-se diferentes, frágeis e sob muitas privações. Este período de tristeza e sofrimento é

compreensivelmente associado à instabilidade e ao medo de não saber que limitações estarão associadas a HD (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017).

Nesta pesquisa o sofrimento é expresso na fala de todos os participantes. Eles usam a própria palavra tristeza para descrever suas sensações como o fazem, Alfredo, Célia e Marcos. No entanto mesmo aqueles que não usam a palavra tristeza denotam esse sentimento em suas falas.

Estudos como os de Rudnicki (2007) e Paes de Barros et al., (2011), demonstram que pessoas em HD sofrem desconexão com o seu mundo, perdem o sentimento de indestrutibilidade, perdem a vontade de trabalhar e a plenitude de raciocínio (RUDNICKI, 2014). O corpo adoecido implica mudanças na vida de quem faz HD, Marcos relata que essa terapia decepcionou sua vida, no momento em que ele estava realizando conquistas importantes. O tratamento contínuo implica, não poder trabalhar como antes e conseqüentemente compromete a funcionalidade do ser.

O homem pensa a partir do que ele é, e adoecido ele deixa de ser quem era antes. Assim ao ter consciência do caráter incurável da DRC, a pessoa passa por uma série de sentimentos que provoca conflitos. O tratamento da IRC é doloroso, porém essencial para a manutenção da vida. Submeter-se à HD implica em adaptar-se a mudanças, que acarretam alterações na integridade física e emocional do ser adoentado (SILVA, et al., 2016).

A fenomenologia da percepção proposta por Merleau-Ponty, resgata a noção do corpo vinculada com o existir, pois não existimos sem um corpo. Para ele, esse corpo significa o ser no mundo, que não é apenas um simples objeto no mundo, torna-se o meio de comunicação e a especialidade e a motricidade. Uma forma de nos levar a compreender um pouco mais sobre a nossa situação no mundo. O corpo é o nosso ancoradouro no mundo e o mediador de um mundo como espaço expressivo, o corpo fala como na maneira de se portar e na captação dos sentidos (MERLEAU-PONTY, 2011). Lima e Júlia ressaltam que o tratamento de HD proporciona à pessoa com IRC o existir no mundo. Sem essa TRS não há vida em seus corpos, e, portanto, não é possível ser no mundo.

Na fenomenologia da percepção, o corpo vem para o primeiro plano da reflexão, revelando-se como o modo através do qual o homem percebe o mundo, assim como a si mesmo (MERLEAU-PONTY, 2011).

O corpo doente é limitado, passível de desgaste, de complicações, e caminha inevitavelmente para morte. Se tratando da pessoa acometida pela DRC este futuro pode

antecipar-se. (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017). Se morremos, deixamos o nosso corpo, e em consequência deixamos de existir no mundo.

Igor, Alfredo, Silva e Lima falam do medo da morte. E Marcos recorda a tentativa de suicídio. Morrer é deixar de ser no mundo. Para existir no mundo a pessoa precisa estar situado em lugar e tempo específico, a vida está associada a um corpo físico.

O sujeito que percebe tem que estar situado dentro do mundo – num lugar e tempo específicos. Um sujeito percebe o mundo, como dissemos, de uma certa perspectiva ou ponto de vista. Estar no mundo é ser um objeto e, como todas as outras coisas do mundo, um objeto físico, material. (MATTHEWS, 2011, p. 66).

O corpo interage com o mundo e produz sentido, inserindo o ser humano em um espaço social e cultural. Ao mesmo tempo, em que, com seu corpo, a pessoa produz sentido e também integra a rede de sentidos do grupo social do qual faz parte. A relação em que a pessoa se relaciona com seu próprio corpo é um elemento constitutivo e essencial a individualidade. E a ruptura desse elemento pela doença tem um significado especial quando nos referimos à DRC (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Em vista desta perspectiva que é marcada culturalmente de maneira forte, a primeira ideia de corpo é a ideia do corpo anatômico e quando se procura entender a pessoa que tem e conviver com a doença renal, procura-se materializar tendo como base o que sabe da estrutura e funcionamento do sistema urinário, iniciando nesta explicação e aos poucos se situando num contexto mais amplo a partir das suas experiências e sentimentos. A concepção de corpo que nos apoia teoricamente é de base fenomenológica por acreditar que este estudo filosófico nos baseia de forma holística, contemplando o que aparece nas falas trazidas nesta pesquisa (MERLEAU-PONTY, 2011).

Para Merleau-Ponty (2011), a fenomenologia da percepção é uma visão fenomenológica do homem, do mundo e seus acontecimentos, sendo aberto para fatores existenciais e, assim oferecendo a compreensão do que possa devir pelos vários aspectos da existência.

Júlia, Nei e Célia desvelam do medo do desconhecido diante da necessidade de iniciar um tratamento novo. Júlia e Nei falam em lidar com esse medo e conseguir superar, já Célia ainda não consegue ser resiliente, sofre a cada sessão de HD.

A fenomenologia da percepção abordada por Merleau-Ponty (2011), aponta que o *cogito* é o pensamento de fato do ser-no-mundo e compreende como o ser-no-mundo revela as suas experiências vividas. O *cogito* revela um novo modo da existência

e as suas experiências. Assim, a compreensão que é no mundo que se vive, o homem pensa sempre a partir daquilo que ele é.

Pessoas que possuem alguma religião ou crença demonstram menos dificuldades na aceitação da DRC. A crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência do adoecimento (SILVA et al., 2016).

As pessoas percebem de maneiras distintas o tratamento de HD. Alguns, tornam-se seres de resiliência outros revoltam-se, uns esperam por mudanças na própria terapia dialítica ou o Tx, outros agarram-se à fé como mecanismo para fortalecer-se, e existem aqueles que se entregam ao cuidado da equipe de saúde.

5.2 ENFRENTANDO O TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Os participantes enfrentam o tratamento de HD usando estratégias como: negação, aceitação, luta e rendição.

A doença renal traz impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde. Esta constatação é confirmada mediante os avanços tecnológicos e terapêuticos na área de diálise que possibilitam aumento de sobrevida dos doentes renais crônicos, porém, sem lhes possibilitar o retorno à vida em relação aos aspectos qualitativos (OLIVEIRA et al., 2008).

Diante do diagnóstico de DRC, as pessoas em HD enfrentam esta terapia com negação, raiva, barganha, depressão, isolamento e aceitação. Cada pessoa percorre essas transformações de forma individual, com intervalos e sequências próprias (SILVA, et al., 2016).

Tratando-se de uma doença branda e progressiva, a IRC decorre em processos adaptativos que, até determinado ponto, conservam a pessoa adoecida sem sintomas, mesmo tendo perdido cerca de 50% de sua função renal. Ocorrido esta perda, podem surgir sinais e sintomas que nem sempre trazem aborrecimento, tais como anemia leve, hipertensão, edema dos olhos e pés, nictúria e mudanças no aspecto da urina (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017). Estes fatores contribuem para a atitude de negação das pessoas diagnosticadas com IRC, sem sintomas importantes é difícil compreender a necessidade do tratamento. A fala destes autores nos remete a lembrar do relato feito por Hélios, participante dessa pesquisa. Ele afirma que não sentia nada e foi sendo logo

encaminhado para o implante de CVC. O mesmo julgava que com medicamentos poderia tratar a IRC.

Aceitar a condição de adoecimento torna-se um evento difícil, pois nestas situações, a pessoa pode ser induzida a buscar mecanismos de defesa, como a esquivia e negação. A DRC e a HD trazem restrições significativas para a manutenção da qualidade de vida das pessoas adoecidas. A negação da própria patologia e da necessidade do tratamento torna-se uma opção de enfrentamento (SILVA et al., 2016). A fala destes autores corrobora com os achados encontrados nas falas de Hélios, Alfredo, Nei e Moacir. Estes adotaram atitudes de negação diante do adoecimento e necessidade vital da HD.

O tempo passado-presente-futuro é, dessa forma, o próprio meio de existência do ser. Carrega-se consigo no tempo presente o que passou assim como uma sensação do futuro, o que estar por vir (MERLEAU-POINTY, 2011). Alfredo, mesmo sabendo do histórico familiar, no tempo passado, mesmo com exames prontos e disponíveis, negou o tempo presente, pois, já adoecido, aguardou a piora clínica mesmo sabendo o que o futuro lhe reservava.

O ser-no-mundo não é, como vimos, ficar de fora olhando para o mundo, é ser envolvido com mundo, agindo com a própria situação para modificá-la e não apenas para permitir o caráter não escolhido da situação. A situação de alguém no presente é o que é por ter se tornado assim, ou seja, por causa do passado. As ações para modificá-la serão concluídas no futuro. É esta sucessão de passado, presente e futuro que dá unidade e direção a vida de alguém (MERLEAU-POINTY, 2011). Marcos era hipertenso e não sabia. Essa provavelmente foi uma das causas que o levou a lesão renal. Não ter consciência da hipertensão, que pode ser atenuada, gerou consequências no futuro.

5.3 PERDENDO A LIBERDADE NA HEMODIÁLISE

O tratamento da DRC através da HD, embora acresça o tempo de sobrevivência, não abrandando o conflito ocasionado no cotidiano das pessoas submetidas a essa terapia, haja vista que tanto a patologia como o tratamento desencadeiam diversas alterações que comprometem aspectos sociais, físicos, psíquicos e espirituais (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017).

Mergulhar no mundo das pessoas em adoecimento crônico, nos revela situações inusitadas que aguçam a sensibilidade para, como seres situados no mundo,

conseguirmos compreender as situações que nos cercam e pensar sobre o ser e a existência (SOUZA; ERDMANN, 2006). Merleau Ponty (2011) nos traz a complexidade do nosso existir como foi revelado por Alfredo.

Alfredo percebe a HD como um tratamento que aprisiona a pessoa a uma máquina da qual fica dependente, pois seu corpo não funciona sem esse tratamento, ele sente-se preso, como se estivesse vivendo em uma cadeia, em regime semiaberto, portando uma tornozeleira eletrônica e isso não é vida, mas sim, uma sobrevida.

A pessoa com problema renal crônico percebe a HD como uma situação de mudança de comportamento e hábitos, e conseqüentemente, de transtornos à sua vida, pois necessita atender à sua condição de doente crônico com limitações físicas e sociais, sendo esta a única forma de sobreviver (OLIVEIRA; MARQUES, 2011). Marcos e Lima deixam expresso em suas falas a dependência de ir à máquina para poder sobreviver.

A doença se expressa na existência de uma pessoa como tem sido visto como circunstâncias apenas físicas. Para Merleau-Ponty na noção de corporeidade e existência estão integrados o físico e o psíquico (SOUZA; ERDMAN, 2006).

Igor e Xavier vivem isolados do convívio social após o início do tratamento de HD, em decorrência das mudanças que ocorreram em suas vidas. Eles não conseguem acompanhar seus amigos nas atividades de antes do adoecer, com isso, percebe-se que o tratamento traz conseqüências físicas e psíquicas.

Os pacientes em tratamento de HD precisam reaprender a ver o mundo e o seu existir. Essas situações percebidas, nos fazem refletir e aguçam a sensibilidade para como seres situados no mundo. Conseguimos compreender as situações que nos cercam e pensar sobre o ser e a sua existência. Merleau-Ponty (2011) traz reflexões sobre a nossa existência e o nosso existir como seres de possibilidades.

Na ocorrência de uma doença orgânica a imagem corporal é transformada imediatamente e essas alterações afetam as emoções, reestruturando-a (OLIVEIRA; MARQUES, 2011). Igor fala que a presença do CVC lhe inspira vergonha, o que o leva ao isolamento social.

Somos seres integrados em uma totalidade, imersos em um mundo que nos desafia a exercitarmos nossas possibilidades. Somos corpo no tempo e no espaço, livres em situações e, além disso, eminentemente expressivos e por isso comunicantes, interativos, lúdicos, sensíveis, criativos e condenados a uma existência que nos ensina a sermos cada dia melhores (MERLEAU-PONTY, 2011).

CONCLUINDO O ESTUDO

A fenomenologia possibilitou uma visão de mundo para guiar o desvelar do fenômeno estudado: sentimentos vivenciados por pessoas com IRC em HD.

Concluir não é colocar um ponto final, mas reticências e se permitir envolver no que está por vir.

O estudo proporcionou desvelar os sentimentos vivenciados pelas pessoas em HD e os impactos causados por esta terapia dialítica.

Através da análise das falas dos participantes foi possível observar sentimentos dicotômicos em relação ao tratamento hemodialítico. Nos relatos das pessoas submetidas a HD estiveram presentes: o sofrimento, o pavor, a tristeza, a depressão, a dor e o medo. Elas também expressaram sentimentos bons como a esperança, fé e a gratidão.

Os participantes revelaram que o tratamento de HD causa sofrimento, por seu caráter indispensável para manutenção da vida, pela chegada geralmente de forma inesperada e pela dor, tanto física, como psicológica causada. Aquele que é submetido a HD está exposto à tristeza, pavor, pânico. Submeter-se a essa TRS, por vezes, implica em vivenciar o medo.

As pessoas em HD relatam que o tratamento é associado a vivências de morte. Os participantes do estudo deixam expressos, que a terapia dialítica é fundamental para sobrevivência da pessoa com IRC, em fase terminal. Viver no mundo, depende da possibilidade de “ir para a máquina”, sem isto a morte é certa. Expressam também que viver em HD é ser lembrado diariamente da finitude de suas vidas, visto que complicações podem acontecer e experiências de morte vividas por outros colegas de sala de HD servem como um pré-anúncio de fim.

A noção de tempo e de temporalidade foi um dos pontos das reflexões. As pessoas com diagnóstico de DRC, em tratamento de HD, têm que reorganizar suas vidas e enfrentar a dimensão existencial. A cada sessão de HD, podem vir a não ser mais no mundo.

As pessoas com IRC manifestam o desejo de um tratamento diferente, com menos dor e mais flexibilidade no tempo de permanência na máquina. O desejo do Tx, também é presente, quase que de forma unânime na fala dos participantes.

Os participantes relatam que a HD possui um caráter positivo, pois é um tratamento que os mantém vivos. Graças a essa TRS é possível existir uma sobrevivência.

Mencionam a fé como elemento importante para auxiliar no enfrentamento, na resiliência e na espera por mudanças (Tx).

Em suas falas foi possível observar que ingressar no programa de HD pode ser uma experiência traumática. A ausência de sintomas em algumas situações ou mesmo o próprio conhecimento dessa modalidade de TRS, contribui para negação. A aceitação geralmente acontece mediante a inexistência da possibilidade de cura, quando resta apenas a luta pela vida e o cumprimento de regras impostas pela HD.

A HD muda completamente a vida de uma pessoa, e por vezes também a dos integrantes de sua rede de apoio. Pode levar ao isolamento social, graças ao estigma da IRC e às mudanças na rotina de hábitos diários exigidas para o sucesso do tratamento.

A dimensão estética do cuidado que é oferecido à pessoa com IRC em fase terminal precisa estar além do procedimento realizado. A percepção da pessoa sobre seu corpo e a sua vivência com um CVC, necessário ao tratamento, levam a uma imagem corporal alterada e em consequência ao isolamento social.

A fenomenologia da percepção permitiu compreender o significado que o adoecimento provoca na existência. A possibilidade de adoecer se revela como algo não esperado na vida das pessoas. O início do tratamento de HD traz intenso desgaste físico e emocional. Como expressado pelos participantes existe uma perda da liberdade, pois, eles se sentem aprisionados, vivendo em regime semiaberto numa comparação com uma prisão ao dependerem exclusivamente de um tratamento para manter a sobrevivência.

No estudo foram desvelados sentimentos e as mudanças que ocorrem após o início do tratamento de HD e que influenciam na totalidade do ser-no-mundo. Destaca-se em especial a baixa autoestima e a sensação de inferioridade, que foram sinalizadas como fatores importantes para o isolamento social e o sofrimento.

O adoecimento crônico faz com que o ser-no-mundo tenha que reaprender a viver, imerso em um mundo que o desafia a incorporar em sua vida as novas possibilidades de existir, a partir do início do tratamento.

Concluir esta dissertação foi uma ação que extrapolou a colocação de um ponto final. Pareceu-me que este momento foi mais difícil do que o início, e o decorrer de todo o processo de construção. Finalizar me remeteu a lembrar dos estudos lidos, os capítulos escritos, o ingressar na coleta de dados e o emergir no longo processo de análise. Mas enfim, como todo ciclo, há um começo e um fim é chegado o momento de despedir-me e olhar ao redor para os novos caminhos e possibilidades frutos desse estudo.

Elaboramos como proposta de intervenção a construção de um Grupo de Apoio à Pessoa, fomentando um espaço no qual as pessoas em tratamento de HD poderão falar livremente sobre seus sentimentos e compartilhar suas experiências, sejam elas relacionadas ao adoecer, ou não. O grupo utilizará este espaço, como instrumento de intervenção na realidade observada, lançará mão de estratégias para a socialização das pessoas em tratamento hemodialítico, juntamente com seus familiares, acompanhantes e/ou amigos e profissionais de saúde. A proposta inicial é sensibilização da equipe multiprofissional do INED para a realização de rodas de conversas, dinâmicas de grupo e atividades de labor e lazer.

Como contribuição para o estudo deixo um roteiro para criação e implementação do Grupo de Apoio à Pessoa: Hemodiálise, (Apêndice D), contendo doze passos, assim como um Guia (Apêndice E), que descreve detalhadamente estes passos, e que será disponibilizado como material didático para a equipe multiprofissional do INED e outras instituições de HD que desejarem implantar essa estratégia

Ressalvo ainda que estudos sobre essa temática ainda são escassos e que diante da magnitude deste assunto é necessário a elaboração de produções que permitam compreender a subjetividade das pessoas em HD, pois só compreendendo o ser é possível prestar verdadeiramente o cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; OLIVEIRA, D. S. R. Existencialismo de Viktor Frankl para compreensão do cuidar de si da Pessoa em hemodiálise. **Cuid. salud.**, v. 2, n. 1, p. 164-170, jun. 2015. Disponível em: <<http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/39/35>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

ANDRADE, S. V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. M. P. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 55-63, 2015.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. M. Concepções de corpo Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n 6, p. 1067-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/31.pdf> > Acessado em: 12 out. 2017.

BARBOSA, G. S.; VALADARES, G. V. Hemodiálise: estilo de vida e a adaptação do paciente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22 (Especial-Nefrologia), p. 524-527, 2009.

BERTOLIN, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência renal crônica terminal em tratamento hemodialítico** [dissertação]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

BEZERRA, K. V.; SANTOS, J. L. F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul. 2008.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiane (Org.). **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011, 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014.

CAMPOS, C. G. P. et al. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, abr./jun. 2015.

CANESQUI, AM. Ciências Sociais e Saúde no Brasil. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec Editora; 2011.

COPALBO, C. **Fenomenologia do cuidado e do cuidar**: Perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Jaruá, 2011.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**: uma nova dimensão antropológica, história e psicanálise. Rio de Janeiro; São Paulo: John Ozon editor, 1994. 122 p.

CARVALHO, Anésia de Souza. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987. 93p.

CARVALHO, M. F.; MOREIRA, M. R. C.; NUNES, C. M. Estágios do pesar nos discursos de jovens em tratamento renal substitutivo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 203-208, abr./jun., 2012.

CENTENARO, G. A. A intervenção do serviço social ao paciente renal crônico e sua família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1881-1885, 2009.

CORREA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L.; SANTANA, I. O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 387-398, set./dez. 2014.

COUTINHO M. P. L.; COSTA, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 449-459, 2015.

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**. 5 ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.

FERREIRA, L.; AGRA, G.; FORMIGA, N. Experiências e sentimentos de pacientes em terapia hemodialítica. **RSC online**, 2017, v. 6, n. 1, p. 39-56, 2017.

FINLAY, L. Debating phenomenological research methods. **Phenom. Pract.** v. 3, n. 1, p. 6-25. 2009. Disponível em: <http://www.psyking.net/HTMLobj-3824/Debating_Phenomenological_Research_Methods.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2016.

FRAZÃO, C. M. F. Q. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise. **Rev Rene**. v. 15, n. 4, p. 701-709, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10441/1/2014_art_albclira.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016.

GONÇALVES, F. A. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. **J. Bras. Nefrol.**, v. 37, n. 4, p. 467-474, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de Salvador 2010**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292740&search=bahiasalvador>> Acesso em: 23 de outubro de 2016.

INSTITUTO DE NEFROLOGIA E DIÁLISE. Disponível em: <<http://www.ined.com.br/>>. acessado em: 01 de novembro de 2016.

LE BRETON, D. Antropologia do corpo e modernidade. Trad. Fábio dos Santos Creder Lopes, 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-551, 2010.

MAGALHÃES, F. G.; GOULART, R. M. M. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 679-692, 2015.

MALTA, D. C.; et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, out./dez. 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MARTINEZ, F. J. M.; et al. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 59-74, 2015.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out. 2005.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: Moraes, 2005.

MATTHEWS, Eric. **Compreender Merleau-Ponty**. Tradução Marcus Penchel, 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011, 205 p.

MATTOS, M.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 428-434, 2010.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. Tradução Carlos Alberto Ribeiro Moura, 4. ed. São Paulo: Editora: WWF Martins Fontes, 2011, 662 p.

MODESTO, A. P. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica: uma revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 6 n. 3, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/335/229>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

MORENO, V. Familiares de pacientes em hemodiálise: convivendo com condições crônicas de saúde. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 49-56, out./dez. 2008.

NOVAIS, E. et al. O saber da pessoa com doença crônica no auto-cuidado. **Rev HCPA**, v. 29, n. 1, p. 36-44, 2009.

OLIVEIRA, T. F. M. et al. Perfil sociodemográfico, evento de vida e características afetivas de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento por hemodiálise peritoneal: um estudo descritivo. **Psicol. inf.**, São Paulo, v. 12, n. 12, out. 2008.

OLIVEIRA, S. G.; MARQUES, I. R. Sentimentos do paciente portador de doença renal crônica sobre a autoimagem. **Rev. Enferm UNISA** v. 12, n.1, p. 38-42, 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/11054485-Sentimentos-do-paciente-portador-de-doenca-renal-cronica-sobre-a-autoimagem.html>> . Acesso em: 12 out. 2017.

PAES DE BARROS, B.; et al. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com nefropatia familiar. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n 2, p. 120-128, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000200002>> Acesso em: 12 out. 2017.

PILGER, C. et al . Hemodiálise: seu significado e impacto para a vida do idoso. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 677-68, out./dez. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

REZENDE R. C.; PORTO, I. S. Cuidado de enfermagem para a clientela em hemodiálise: suas dimensões instrumentais e expressivas. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 266-74, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a05.htm>. Acesso em: 8 mar. 2016.

RIBEIRO, C. D. S. et al. Percepção do portador de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **R. Interd.**, v. 6, n. 3, p. 36-44, jul./ago./set. 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/91>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

ROCHA, R. P. F.; SANTOS, I. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: Revisão integrativa de. **Rev. de Pesq: cuidado é fundamental.**, v. 1, n. 2, p. 423-433. Set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/444>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo-RS, v. 7, n. 1, jan./jun. 2014.

_____. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estud. psicol.** Natal-RN, v. 24, n. 3, jul./set. 2007.

SANTOS, R. P.; ROCHA, D. L. B. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso, portador de insuficiência renal crônica, hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 237-253, set. 2013.

SILVA, A. R. et al. Perdas Físicas e Emocionais de Pacientes Renais Crônicos Durante o Tratamento Hemodialítico. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira-BA, v. 2, n. 2, p. 52-65, dez. 2014.

SILVA, R. A. R. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 147-154, 2016.

SILVA, L.S.; COTTA, R.M.M.; ROSA, C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v.34, n.5. p.343-50, 2013.

SIMÕES, S. M. F.; SOUZA, I. E. de O. Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 13-17, jul. 1997.

SOUZA, S. S. et al. Viver com uma doença crônica em uma comunidade pesqueira. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 194-199, 2010.

SOUZA, A.I.J; ERDMANN, A.L. Contribuições para o conhecimento em enfermagem à luz da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty. **Rev gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 27, n. 2, p. 166-75. Jun, 2006.

SOUZA JÚNIOR, E. A.; et al. Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 23, n. 3, p. 615-622, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/1983-8034-bioet-23-3-0615.pdf> >. Acesso em: 8 mar. 2016.

TEIXEIRA, R. B.; RESCK, Z. M. R. Os sentimentos da clientela assistida com atividades lúdicas durante a sessão de hemodiálise. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 120-126, jan./mar. 2011.

TERRA, G. M.; et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, out./dez. 2006.

VALLE, L. S.; SOUZA, V. F.; RIBEIRO, A. M. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 30, n. 1, 131-138, jan./mar. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise, este estudo será realizado no Instituto de Nefrologia e Diálise (INED). Trata-se de uma dissertação de mestrado da Universidade Estadual de Feira de Santana desenvolvida pela mestranda Aline Brandão Santana sob orientação da Profª Dra. Elaine Guedes Fontoura intitulada de "Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica". Conforme a determinação da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que refere aos aspectos éticos com pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo será desenvolvido com pessoas que voluntariamente desejem participar. Participarão do estudo homens e mulheres, que tenham idade igual ou superior a 18 anos. Será realizada uma entrevista, na qual você responderá livremente as questões feitas pela pesquisadora. A entrevista será gravada com um aparelho gravador digital mediante sua autorização, e ao final você poderá ouvir o áudio e caso deseje acrescentar ou retirar algo será realizada sua vontade. Após esta etapa o conteúdo das entrevistas será transcrito e analisado. Todo o material será guardado pelas pesquisadoras, durante um período de cinco anos, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, após esse tempo será destruído. Nesta pesquisa existe os riscos de você se sentir envergonhado(a), triste ou mesmo choroso(a) com as perguntas da pesquisadora, além do estresse de responder a uma entrevista. A fim de minimizar esses riscos as técnicas serão aplicadas em uma sala reservada do INED, evitando a interrupção de pessoas estranhas, preservando seu anonimato. Caso haja necessidade será acionado psicólogo da instituição. O benefício desta pesquisa é que você poderá refletir sobre seus sentimentos com relação a hemodiálise, compartilhar vivências relacionadas ao tratamento e dividir experiências de vida, contando com uma escuta qualificada e suporte emocional se necessário. Será garantida a sua livre participação e a possibilidade de desistência em qualquer uma das etapas do estudo. Seu nome não irá aparecer em nenhum momento do estudo, será usado um codinome, para representa-lo(a). Você poderá aceitar ou não participar da pesquisa e caso decida não participar, não terá prejuízo nenhum na sua assistência. Os resultados desse estudo serão usados para a publicação de uma dissertação de mestrado e artigos científicos. Os mesmos serão apresentados para a Equipe multiprofissional do INED e para os participantes da pesquisa. Será proposta a criação de grupo de apoio à pessoa em tratamento de hemodiálise. As pesquisadoras não recebem nenhum pagamento para realizar este estudo, assim como você também não receberá benefícios financeiros para participar. As despesas com essa pesquisa estão a cargo da autora, que recebe apoio da Universidade Estadual de Feira de Santana. Qualquer dúvida procure entrar em contato com Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, localizado na Universidade Estadual de Feira de Santana, pelo telefone: (75) 3161-6345 ou no endereço: Av. Transnordestina, S/N, Novo Horizonte, módulo VI sala MT 63, CEP: 44036900. Dúvidas adicionais sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEFS), através do fone: (75) 3161-8067 ou e-mail: cep@uefs.br. Será garantida indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa. Após leitura deste termo, caso você aceite participar assine as duas vias deste documento, sendo que uma via ficará sob sua guarda e a outra com as pesquisadoras deste estudo.

Aline Brandão Santana
Mestranda

Participante da Pesquisa

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE



Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em
hemodiálise: abordagem fenomenológica

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO
Pseudônimo: _____
Data: __/__/__ Hora: Início _____ Término: _____ N° _____
Diagnóstico médico: _____
PROCEDÊNCIA
Salvador () Outro município () Qual? _____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Sexo: Masculino () Feminino ()
Idade: _____
SITUAÇÃO CONJUGAL
Solteiro () Casado () União Estável () Separado(a)/Divorciado(a) () Viúvo(a) ()
Outra: _____
RELIGIÃO
Católica () Protestante () Espírita () Religião de matriz africana ()
Não tem religião () Outra: _____
GRAU DE ESCOLARIDADE
Nunca estudou () Ensino fundamental incompleto ()
Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto ()
Ensino médio completo () Ensino superior incompleto ()
Ensino superior completo () Pós-graduação ()
Outro: _____
OCUPAÇÃO / BENEFÍCIO
Trabalha: Sim () Não () Tipo de ocupação: _____
Recebe benefício: Sim () Não () Tipo de benefício: _____
COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO HEMODIÁLITICO
A quanto tempo realiza o tratamento de hemodiálise: _____
Possui qual tipo de acesso vascular: FAV () CVC ()
Gostaria de receber outro tipo de tratamento: Sim () Não () Que tipo: _____
Vem para hemodiálise acompanhado? Sim () Não ()
Alguém da família lhe acompanha? Sim () Não ()
Grau de parentesco: _____

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA
FENOMENOLÓGICA**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE**

Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica

ROTEIRO DA ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA:

Questão de Aproximação:

- ✓ Fale-me sobre o que você sentiu quando descobriu que precisava fazer hemodiálise.

Questões Norteadoras:

- ✓ O que você pensa em relação ao tratamento de hemodiálise?
- ✓ Gostaria que você me falasse sobre os seus sentimentos em relação ao tratamento de hemodiálise.
- ✓ Como tem enfrentado esse tratamento?

**APÊNDICE D - QUADRO DE ORIENTAÇÕES PARA A CRIAÇÃO DO GRUPO
DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE**

QUADRO 08: ORIENTAÇÕES PARA CRIAÇÃO DO GAP: HEMODIÁLISE

GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE	
1ºPasso	Sensibilização da equipe de saúde, pessoas em HD e familiares/acompanhantes sobre a importância da implantação do GAP: HD;
2ºPasso	Definir previamente os dias de encontro, preferencialmente dias fixos para que os interessados possam se programar para as atividades (exemplo: últimas segundas e terças de cada mês, assim pessoas que realizam HD em dias e turnos distintos possam comparecer);
3ºPasso	Disponibilizar caixa de sugestões para escolha dos temas a serem trabalhados de acordo com os interesses dos participantes;
4ºPasso	Reservar um espaço físico na própria instituição onde os encontros possam acontecer com data, horários e local e realizar a divulgação com antecedência da programação;
5ºPasso	Realizar rodas de conversas para definir temas e escolher mediadores de modo que todos participem ativamente do GAP: HD;
6ºPasso	Proporcionar rodas de conversas para que os membros do grupo compartilhem histórias de vida e troca de experiência com o adoecimento crônico;
7ºPasso	Usar dinâmicas e recursos áudio visuais em atividades realizadas com o grupo;
8ºPasso	Estabelecer parcerias com cinemas, teatros e museus para promover atividades de lazer com baixo custo e/ou filantrópicas;
9ºPasso	Desenvolver feiras de saúde e de cultura com integrantes do GAP: HD;
10ºPasso	Desenvolver oficinas de artes e tecnologia afim de capacitar os integrantes do GAP: HD para realização de atividades de labor e lazer;
11ºPasso	Reunir os integrantes do grupo GAP: HD em datas comemorativas para confraternizações;
12ºPasso	Avaliar semestralmente o grupo afim de adequar atividades de acordo com as necessidades e interesse dos participantes.

APÊNDICE E - GUIA PARA CONSTRUÇÃO DO GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM



GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE

12 Passos para criação do Grupo
de Apoio à Pessoa : Hemodiálise



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

EVANDRO NASCIMENTO SILVA
REITOR

NORMA LÚCIA FERNANDES DE ALMEIDA
VICE REITORA

SILVIA DA SILVA SANTOS PASSOS
DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE

SINARA DE LIMA SOUZA
COORDENADORA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

ROSELY CABRAL DE CARVALHO
VICE COORDENADORA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

ALINE BRANDÃO SANTANA (MESTRANDA)
ELAINE GUEDES FONTOURA (DOUTORA)
AUTORAS

POLIANA BRANDÃO
DESIGNER GRÁFICO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM



GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE

12 Passos para criação do Grupo
de Apoio à Pessoa : Hemodiálise



AUTORAS

Aline Brandão Santana

Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Nefrologia, Discente do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde - NIPES.

Elaine Guedes Fontoura

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Membro do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde - NIPES.

FICHA CATALOGRÁFICA

S223g Santana, Aline Brandão.
Grupo de apoio à pessoa : hemodiálise : 12 passos para criação do Grupo de Apoio à pessoa: hemodiálise / Aline Brandão Santana, Elaine Guedes Fontoura. – 2018.
19p.-il.
Orientador: Elaine Guedes Fontoura
Guia de Produção Técnica da Dissertação de Mestrado em Enfermagem intitulada Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise : abordagem fenomenológica.
1. Hemodiálise. 2. Hemodiálise – Grupo de apoio – Criação. 3. Insuficiência renal crônica. I. Fontoura, Elaine Guedes, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.61-78

MENSAGEM



GRUPO DE APOIO À PESSOA: HEMODIÁLISE

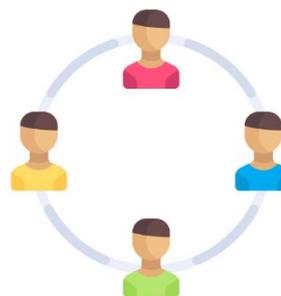
“A verdadeira motivação não é aquilo que te anima, mas aquilo que te transforma...”

Bárbara Coré

APRESENTAÇÃO

Este Guia é dividido em 12 passos com dicas para construção de um Grupo de Apoio à Pessoa: Hemodiálise (GAP: HD), estes passos propõem sugestões para sensibilização dos possíveis participantes, assim, como estratégias organizacionais e atividades interativas.

Ressaltamos que os passos podem ocorrer simultaneamente, ou não e podem ser lançados mão dos mesmos passos em diferentes momentos.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
1º PASSO - SENSIBILIZAÇÃO	07
2º PASSO - AGENDAMENTO	08
3º PASSO - CAIXA DE SUGESTÃO	09
4º PASSO - LOCAL/DIA/HORA	10
5º PASSO - FUNÇÕES	11
6º PASSO - RODA DE CONVERSA	12
7º PASSO - ATIVIDADES	13
8º PASSO - PARCERIAS	14
9º PASSO - FEIRAS	15
10º PASSO - OFICINAS	16
11º PASSO - CONFRATERNIZAÇÕES	17
12º PASSO - AVALIAÇÃO	18
SUGESTÕES	19

INTRODUÇÃO

O Guia de auxílio para construção do GAP: HD, surge como produto da dissertação de mestrado intitulada: Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica, elaborada no período de 2016 e 2017, em pesquisa de campo no Instituto de Nefrologia e Diálise (INED), situado no município de Salvador-BA.

Através dessa pesquisa, foi possível compreender que o diagnóstico da Insuficiência Renal crônica (IRC) e a necessidade da realização da hemodiálise implicam no despertar de distintos sentimentos para a pessoa adoecida, essa é emergida em um novo mundo e para existir nesse mundo precisa passar por um longo processo de adaptação, por vezes doloroso e angustiante.

O Guia para a construção do GAP: HD é um instrumento com a finalidade de auxiliar as instituições de diálise na criação e manutenção de grupos de apoio, que envolvam pessoas em hemodiálise, familiares/acompanhantes e membros da equipe multiprofissional.

06

1º PASSO

SENSIBILIZAÇÃO

Sensibilizar a equipe de saúde, pessoas em hemodiálise e familiares/acompanhantes sobre a importância da implantação do GAP: HD.

LANÇAR IDEIA



Uma pessoa deverá ficar responsável pelo primeiro passo.

Recomenda-se que seja alguém da equipe multiprofissional.



Nesse momento é interessante fazer uma lista de interessados com nomes e contatos.

07

2º PASSO

AGENDAMENTO

Definir os dias de encontro, preferencialmente dias fixos para que os interessados possam se programar para as atividades previamente.



Exemplo: Última Segunda e Terça de cada mês, assim pessoas que realizam hemodiálise em dias distintos podem comparecer.

08

3º PASSO**CAIXA DE SUGESTÃO**

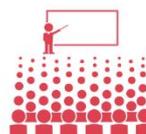
Disponibilizar caixa de sugestão para escolha dos temas/atividades a serem trabalhadas de acordo com os interesses dos participantes do GAP: HD.



Nem todos gostam de expor ideias em público, a caixa de sugestão é um recurso que viabiliza a participação das pessoas na condução do GAP: HD.

09**4º PASSO****LOCA/DIA/HORA**

Reservar um espaço físico na própria instituição, onde os encontros possam acontecer.



**AUDITÓRIO
SALA DE REUNIÃO**

Informar local/dia/hora.

Usar os seguintes meios de comunicação:

**10****5º PASSO****FUNÇÕES**

Escolher mediadores de modo que todos participem das atividades do GAP: HD;

É importante dividir responsabilidades;

Respeitando as diferenças, todos devem participar das atividades do GAP: HD.

**11****6º PASSO****RODA DE CONVERSA**

Proporcionar rodas de conversas para que os membros do GAP: HD compartilhem histórias de vida e troca de experiências sobre o adoecimento crônico.

**12**

7º PASSO**ATIVIDADES**

Definir os dias de encontro, preferencialmente dias fixos para que os interessados possam se programar para as atividades previamente.



Exemplo: Última Segunda e Terça de cada mês, assim pessoas que realizam hemodiálise em dias distintos podem comparecer.

13**8º PASSO****PARCERIAS**

Estabelecer parcerias com cinemas, teatros e museus, para promover atividades de lazer com baixo custo e/ou filantrópica.

**14****9º PASSO****FUNÇÕES**

Desenvolver Feiras de Saúde e Feiras de Cultura com os integrantes do GAP: HD.

FEIRA DE SAÚDE

Exemplo: Realizar feiras de saúde com temas como: Hipertensão e Diabetes, principais causas da IRC, sob a voz de pessoas em tratamento de hemodiálise.

FEIRA DE CULTURA

Exemplo: Realizar feiras de cultura com os resultados das oficinas que são sugeridas no 10º passo deste guia.

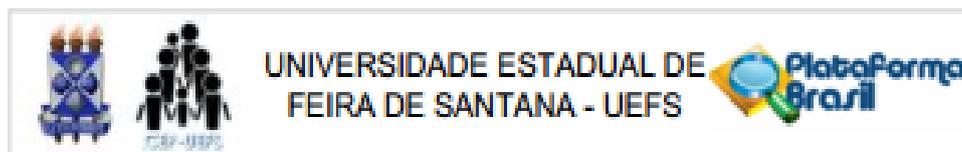
15**10º PASSO****OFICINAS**

Desenvolver Oficinas de Arte e Tecnologia afim de capacitar integrantes do grupo para realização de atividades de labor e lazer.

**16**

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENTIMENTOS VIVENCIADOS POR PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

Pesquisador: Aline Brandão Santana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62441516.7.0000.0063

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

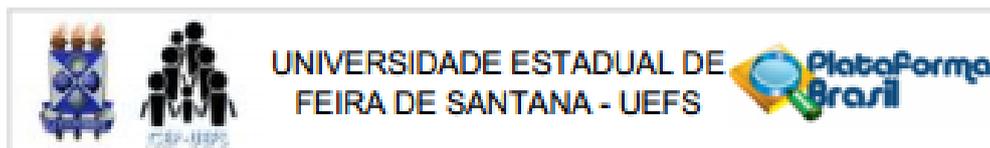
Número do Parecer: 1.884.353

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, intitulado "Sentimentos vivenciados por pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise: abordagem fenomenológica", a ser desenvolvido pela mestranda Aline Brandão Santana (Pesquisadora Responsável), sob orientação da Profª Drª Elaine Guedes Fontoura (Pesquisadora Colaboradora). As Pesquisadoras têm experiência na área da pesquisa a ser desenvolvida, de acordo com o currículo Lattes.

"A doença renal (DR) deriva da perda das funções renais, agindo no organismo de forma silenciosa e comprometendo o funcionamento dos rins. Quando não diagnosticada e tratada precocemente pode levar à insuficiência renal crônica (IRC), fase mais avançada dessa patologia sem perspectiva de cura. As pessoas diagnosticadas com IRC que necessitam ingressar em programa de hemodiálise (HD), geralmente são surpreendidas com a necessidade vital deste tratamento, passam a conviver com o fato de possuírem uma doença incurável, que as obrigam a submeterem-se a um tratamento prolongado e doloroso que implica em limitações e mudanças de grande impacto com repercussões na sua vida e na de seus familiares e neste contexto emergem

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.004.353

inúmeros sentimentos e emoções no ser adoecido. Este estudo tem como questão de investigação: Como as pessoas com IRC vivenciam sentimentos diante do tratamento hemodialítico? Seu objetivo é compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com IRC em tratamento hemodialítico" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 04-08).

A pesquisa propõe um "Estudo fenomenológico, fundamentado na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, utilizando o método de análise de Martins e Bicudo (2005) [...] A análise nomotética está relacionada às diversas ideias dos participantes que possibilitaram a construção de subcategorias e categorias empíricas, em um movimento de passagem do individual para o geral, que envolveu uma compreensão e articulação dessas categorias" (Projeto completo, p. 22).

A pesquisadora responsável informa que "Participarão desta investigação quinze pessoas que estão em tratamento hemodialítico no INED. Os critérios de inclusão para seleção dos participantes da pesquisa são: possuir diagnóstico de IRC, está em TRS HD e ter idade igual ou superior a 18 anos. Serão excluídos os participantes que apresentem sintomas desconfortáveis característicos do tratamento hemodialítico (náuseas, vômitos, confusão mental, hipotensão, hipertensão e mal-estar generalizado) no momento da coleta de dados" (Projeto completo, p. 19).

Apresenta cronograma detalhado com coleta de dados prevista para março e abril de 2017 e orçamento estimado em R\$ 2.218,00, com contrapartida da instituição proponente: "A UEFS oferece o apoio necessário para a realização da pesquisa, disponibilizando a biblioteca Julieta Carneado, o laboratório de informática em Saúde e o próprio NIPES, núcleo do qual a pesquisadora é integrante" (Projeto completo, p. 25).

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Compreender os sentimentos vivenciados por pessoas com IRC em tratamento hemodialítico" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03; Projeto completo, p. 07).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Existe o risco da pessoa se sentir envergonhada, triste ou mesmo chorosa com as perguntas da pesquisador" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03)

"Nesta pesquisa existe os riscos de você se sentir envergonhado(a), triste ou mesmo choroso(a) com as perguntas da pesquisadora, além do estresse de responder a uma entrevista. A fim de minimizar esses riscos as técnicas serão aplicadas em uma sala reservada do INED, evitando a

Endereço: Avenida Tancredo de Azevedo, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.884.353

interrupção de pessoas estranhas, preservando seu anonimato. Caso haja necessidade será acionado psicólogo da instituição" (TCLE).

BENEFÍCIOS: "Existe os benefícios das reflexões do participante sobre os seus sentimentos com relação a hemodiálise, poder compartilhar vivências relacionadas ao tratamento e dividir experiências de vida, contando com uma escuta qualificada e suporte emocional se necessário" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

"O benefício desta pesquisa é que você poderá refletir sobre seus sentimentos com relação a hemodiálise, compartilhar vivências relacionadas ao tratamento e dividir experiências de vida, contando com uma escuta qualificada e suporte emocional se necessário" (TCLE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a)"Diante da escola do método fenomenológico para a construção deste estudo, não seria possível realizá-lo na instituição na qual trabalho como enfermeira assistencial de hemodiálise. Alcançar a redução fenomenológica neste espaço seria um ato impossível. Diante desta impossibilidade e também por jogar este método ideal para alcançar o objetivo desta pesquisa, busquei um novo campo para este estudo, o INED [Instituto de Nefrologia e Diálise], uma Clínica de hemodiálise, situada no município de Salvador, onde encontrarei um cenário semelhante ao meu ambiente de trabalho, no entanto com pessoas distintas e histórias de vida para mim desconhecidas. O estudo será desenvolvido no município de Salvador, capital do estado da Bahia." (p. 18)

b)O estudo está orçado em R\$ 2.218,00. No campo "Apoio Financeiro", informa Financiamento Próprio. "Os recursos são próprios da pesquisadora. A UEFS oferece o apoio necessário para a realização da pesquisa, disponibilizando a biblioteca Julieta Carneado, o laboratório de Informática em Saúde e o próprio NIPES, núcleo do qual a pesquisadora é integrante."

c)"Participarão desta investigação quinze pessoas que estão em tratamento hemodialítico no INED. Os critérios de inclusão para seleção dos participantes da pesquisa são: possuir diagnóstico de IRC, está em TRS HD e ter idade igual ou superior a 18 anos. Serão excluídos os participantes que apresentem sintomas desconfortáveis característicos do tratamento hemodialítico (náuseas, vômitos, confusão mental, hipotensão, hipertensão e mal-estar generalizado) no momento da coleta de dados. A relação entre o entrevistador e o participante não pode ser de amizade. O

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.884.353

pesquisador deve ser cordial, ter educação no tratar e preocupação em preservar os limites da relação (MARTINS; BICUDO, 2005).” (p. 19)

d) Informa que não haverá uso de fontes secundárias de dados. A intervenção a ser realizada será a entrevista fenomenológica. Não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

e) Informa no Cronograma que a aproximação com os participantes se dará nos meses de março e abril de 2017.

f) Informa no Encontro Empático com os Participantes (p. 20) “O TCLE deve ser lido pelo possível participante da pesquisa ou pela própria pesquisadora desde que o participante esteja acompanhado de alguém de sua confiança que saiba ler.”

Esclarecemos que as pesquisadoras não poderão fazer a leitura do TCLE para o participante. Se necessário, a leitura do TCLE deverá ser feita por alguém de confiança do participante, e não pelas pesquisadoras, evitando-se assim, conflitos éticos.

g) No TCLE:

1) Apresenta local para assinatura de testemunha.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

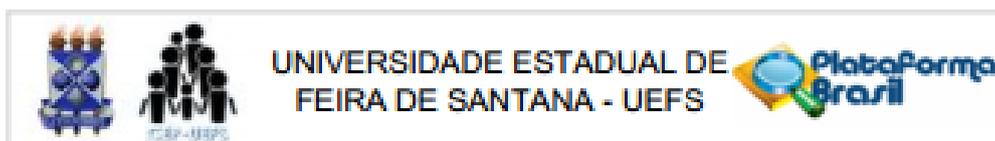
O protocolo de pesquisa atende às exigências da Resolução 466/12.

Apresenta:

1. Folha de Rosto devidamente carimbada, datada e assinada pela coordenadora do Mestrado Profissional em Enfermagem/UEFS;
2. Declarações das pesquisadoras (responsável e colaboradora) afirmando participar do estudo e a observar a Resolução 466/12.
3. TCLE.

OBSERVAÇÃO: A pesquisadora responsável apresenta um documento informando que a

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.884.203

autorização para a realização da pesquisa já foi concedida pelo INED, salientando que a pesquisa também conta com o apoio do serviço de psicologia da referida instituição. Todavia, por razões pessoais não está de posse desses documentos, mas, que assim que possível estes serão anexados à Plataforma Brasil. Informamos que o CEP/UEFS está no aguardo de tais documentos com a maior brevidade possível.

Recomendações:

Recomenda-se apon carimbo à autorização para a realização da pesquisa emitida pelo diretor do Instituto de Nefrologia e Diálise - INED.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

O projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Autorizacao_da_Pesquisa.pdf	31/12/2016 19:53:38	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_Psicologo.pdf	28/12/2016 02:03:40	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE02_Aline_Brandao.pdf	28/12/2016 02:00:18	JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO	Aceito

Endereço: Avenida Transoestealina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75) 3181-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.884.353

Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_831466.pdf	25/11/2016 01:20:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/11/2016 01:19:15	Aline Brandão Santana	Aceito
Outros	Instrumento_2.pdf	25/11/2016 00:47:24	Aline Brandão Santana	Aceito
Outros	Instrumento_1.pdf	25/11/2016 00:47:01	Aline Brandão Santana	Aceito
Outros	Ofício_de_Justificativa.pdf	25/11/2016 00:45:03	Aline Brandão Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/11/2016 00:43:44	Aline Brandão Santana	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/11/2016 00:43:08	Aline Brandão Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Cumprimento_da_resolucao_Elaine.pdf	25/11/2016 00:42:37	Aline Brandão Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Cumprimento_da_resolucao_Aline.pdf	25/11/2016 00:42:18	Aline Brandão Santana	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/11/2016 00:41:35	Aline Brandão Santana	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Aline.pdf	25/11/2016 00:40:38	Aline Brandão Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 31 de Dezembro de 2016

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br