



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**O SENTIDO DO SER-PORTADOR-DE-DOENÇA-RENAL-CRÔNICA-NA-VIVÊNCIA-DA-  
ESPERA-DE-UM-NOVO-RIM:  
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE**

**MICHELI REZENDE FERREIRA**

**Juiz de Fora  
2014**

Ferreira, Micheli Rezende.  
O SENTIDO DO SER-PORTADOR-DE-DOENÇA-RENAL-CRÔNICA-NA-  
VIVÊNCIA-DA-ESPERA-DE-UM-NOVO-RIM: CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM  
PARA O CUIDADO EM SAÚDE / Micheli Rezende Ferreira. -- 2014.  
91 f.

Orientador: Anna Maria de Oliveira Salimena  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Transplante Renal. 2. Diálise Renal. 3. Cuidados de  
Enfermagem. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Fenomenologia. I.  
Salimena, Anna Maria de Oliveira, orient. II. Título.

**Micheli Rezende Ferreira**

**O SENTIDO DO SER-PORTADOR-DE-DOENÇA-RENAL-CRÔNICA-NA-VIVÊNCIA-DA-  
ESPERA-DE-UM-NOVO-RIM:  
CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Profa. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena

**Juiz de Fora  
2014**

MICHELI REZENDE FERREIRA

**O SENTIDO DO SER-PORTADOR-DOENÇA-RENAL-CRÔNICA-NA-VIVÊNCIA-DA-ESPERA-DE-UM-NOVO-RIM:CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA O CUIDADO EM SAÚDE**

Relatório Final de Pesquisa submetido à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestrê em Enfermagem.

Aprovado em 28 de maio de 2014.

Membros da Banca Examinadora:



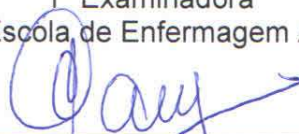
---

Profª. Drª Anna Maria de Oliveira Salimena  
Orientadora  
Profª Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF



---

Profª. Drª Ívis Emília de Oliveira Souza  
1ª Examinadora  
Profª Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ



---

Profª. Drª Maria Carmen Simões Cardoso de Melo  
2ª Examinadora  
Profª Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

---

Profª. Drª Matilde Meire Miranda Cadete  
1ª Suplente  
Profª do Centro Universitário UNA



---

Profª Drª Zuleyce Maria Lessa Pacheco  
2ª Suplente  
Profª. Adjunta da Faculdade de Enfermagem/UFJF

## ***Dedicatória***

*Dedico essa dissertação, primeiramente aos meus familiares pelo apoio dispensado incondicionalmente. Ao meu noivo pelo companheirismo e compreensão. Aos amigos pelo carinho e dedicação.*

## *Agradecimentos*

*Agradeço a Deus, por ter me proporcionado força e perseverança ao longo da minha vida e por estar sempre guiando meus passos.*

*À minha mãe (in memoriam) pelo amor, cuidado e apoio dispensados incondicionalmente. Obrigada por ser exemplo de dedicação e vida, pois sem o seu suporte eu nada seria.*

*À minha família e aos meus amigos por me apoiar e por ser meu alicerce, sempre se mostrando compreensivos e amigos, a minha gratidão.*

*Ao Arthur por ter tido compreensão, dedicação e presença constante em todos os momentos.*

*À minha orientadora Anna Maria pela oportunidade de crescimento, pelo incentivo, disponibilidade e dedicação dispensada durante a realização deste trabalho. Minha sincera admiração e agradecimento por este período que caminhamos juntas.*

*Às professoras Ívis Emília, Maria Carmen, Matilde Meire e Zuleyce por contribuir e compartilhar seus conhecimentos para o desenvolvimento deste trabalho.*

*Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela oportunidade de realizar o Curso de Mestrado e aos professores pelo conhecimento compartilhado.*

*Aos amigos do mestrado pela amizade e companheirismo.*

*Aos professores do Programa de Pós Graduação do Mestrado em Enfermagem da UFJF pela ajuda no meu desenvolvimento pessoal e profissional.*

*A professora Cristina Arreguy-Sena pelo apoio no Relatório de Conclusão de Curso de graduação e incentivo ao Mestrado.*

*A Elisângela pela ajuda e auxílio na secretaria do mestrado.*

*Aos depoentes pelo seu acolhimento e pela disposição em doar seu tempo, sua vivência e sabedoria como contribuição do estudo.*

*À clínica de hemodiálise por permitirem o meu ingresso e permanência a fim de construir a presente pesquisa.*

*À CAPES solo financeiro para o desenvolvimento deste estudo.*

## RESUMO

Objetivou-se compreender os sentidos da pessoa na vivência da lista de espera para o transplante renal. Utilizou-se a abordagem qualitativa, buscando as facetas que o ser-aí apresenta na realidade vivida, visando à compreensão diferenciada sobre o objeto estudado por meio da luz da fenomenologia de Martin Heidegger. Foram participantes 14 pessoas cadastradas na lista de espera do transplante renal de uma clínica de terapia renal substitutiva no interior do Estado de Minas Gerais. A entrevista fenomenológica foi desenvolvida de outubro de 2012 a abril de 2013, utilizando-se como questões norteadoras: Como você vivencia a espera do transplante renal; Como você se sentiu ao precisar de um transplante renal; Que significa para você pertencer a uma lista de espera; Como você se vê diante desta lista. A análise compreensiva desvelou as seguintes unidades de significação: Relatou as complicações do seu estado de saúde que levou a descoberta da doença renal crônica; Conversam sobre seus sentimentos com o tratamento hemodialítico; Refletir sobre a sua condição de estar na lista de espera; Conviver com a in-certeza de ser chamado na lista de espera; Enfrentar o impasse da expectativa da impossibilidade do transplante renal permanecendo na lista de espera. Dos significados encontrados na compreensão vaga e mediana buscou-se o fio condutor para o conceito do ser em direção a análise interpretativa. A hermenêutica desvelou modos de ser da cotidianidade como o falatório, a curiosidade e a ambiguidade, bem como a angústia imprópria revelando os modos do temor. Mas, encontra-se em alguns momentos a angústia própria levando a autenticidade. Também, o *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante-renal* se mostrou como ser-com familiares e a equipe de saúde. Considera-se que o estudo contempla a subjetividade de pessoas em tratamento hemodialítico que se encontrou ao estar na lista de espera para o transplante renal, na tentativa de compreender comportamentos e atitudes vivenciadas no contexto da saúde/doença e no período indeterminado de espera para o transplante renal de forma que a partir deste aprofundamento seja possível promover alicerces e subsídios para a atuação da enfermagem. Ao compreender estas pessoas como *ser-com* e ao desenvolver o cuidado autêntico o enfermeiro pode ajudá-los no seu estado de saúde/doença e seus aspectos subjetivos, abrindo a possibilidade da melhoria da atuação do enfermeiro com abordagens teóricas e filosóficas que podem dar suporte para o cuidado desenvolvido pela interação enfermeiro e *ser-cuidado*.

**Descritores:** Transplante Renal. Diálise Renal. Pesquisa Qualitativa. Cuidados de Enfermagem. Fenomenologia.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the directions of the person in the experience of the waiting list for renal transplantation. As a method of research, a qualitative approach was used, seeking facets that being-there has actually lived, aimed at understanding the different studied by the light of the phenomenology of Martin Heidegger object. The subjects were 14 people registered on the waiting list of kidney transplantation. The setting was a clinical renal replacement therapy in the State of Minas Gerais. The phenomenological interview was developed from October 2012 to April 2013 and we use as guiding questions: How do you experience waiting for kidney transplantation; How did you feel the need of a kidney transplant; What means to you belongs the waiting list; How do you see yourself on this list? The comprehensive analysis has unveiled the following signification units: Reported complications of his health which led to the discovery of chronic kidney disease; Talk about your feelings with hemodialysis; Reflect on their state of being on the waiting list; Living with sure to be called on the waiting list; Facing the prospect of impasse from the impossibility of remaining in renal transplant waiting list. From the meanings found in vague understanding and median searching the thread for the concept of being toward the interpretive analysis. The hermeneutic modes of being has unveiled as the chatter of daily life, curiosity and ambiguity, as well as improper distress revealing modes of fear. However, there is the very moments in distress carrying authenticity. Also, be-hemodialysis-in-waiting-list-for-kidney-transplant proved to be with family and the healthcare team. It is considered that the present study focuses the subjectivity of people on hemodialysis who met while being on the waiting list for renal transplantation in an attempt to understand behaviors and attitudes experienced in the context of health / illness and indeterminate waiting period for kidney transplant in a way that starting this deepening is possible to promote foundations and grants for nursing activities. By understanding these people as being-with and develop authentic care nurses can help them in their state of health/illness and subjective aspects, opening the possibility of improving the performance of nurses with theoretical and philosophical approaches that can support for care developed by nurses interact and be careful.

**Keywords:** Kidney Transplantation. Renal Dialysis. Qualitative Research. Nursing Care. Phenomenology.



## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender las instrucciones de la persona en la experiencia de la lista de espera para trasplante renal. Como método de investigación utilizó un enfoque cualitativo, buscando facetas que está-ahí ha vivido en la realidad, el objetivo de comprender los diferentes estudiado a la luz de la fenomenología del objeto Martin Heidegger. Los sujetos fueron 14 personas registradas en la lista de espera de trasplante renal. El escenario fue una terapia de reemplazo renal clínica en el Estado de Minas Gerais. La entrevista fenomenológica fue desarrollado a partir de octubre 2012-abril 2013, utilizando como guía las preguntas orientadoras: ¿Cómo experimentas la espera de un trasplante de riñón; ¿Cómo se sintió la necesidad de un trasplante de riñón; Eso significa que usted pertenece a una lista de espera; ¿Cómo te ves a ti mismo en esta lista? La análisis exhaustivo reveló las siguientes unidades de significado: Las complicaciones informadas de su estado de salud que llevó al descubrimiento de la enfermedad renal crónica; Reacciona de sus sentimientos con la hemodiálisis; Reflexiona sobre sus condiciones de estar en la lista de espera; Vivir con-en seguro de ser llamado en la lista de espera; Frente a la perspectiva de estancamiento de la imposibilidad de permanecer en lista de espera de trasplante renal. A partir de los significados que se encuentran en la comprensión vaga y mediana buscar el hilo por el concepto de ser hacia el análisis interpretativo. Los modos hermenéuticos de ser presentado como el parloteo de la vida cotidiana, la curiosidad y la ambigüedad, así como la angustia indebida revelando modos de miedo. Sin embargo, hay los mismos momentos en dificultades llevan autenticidad. Además, ser-hemodiálisis en lista de espera-para-renal del trasplante resultó ser con la familia y el equipo sanitario. Se considera que el estudio incluye la subjetividad de las personas en hemodiálisis que conoció mientras que estar en la lista de espera para trasplante renal en un intento de entender los comportamientos y las actitudes experimentadas en el contexto de la salud / enfermedad y el período de espera indefinida para trasplante de riñón por lo que a partir de esta profundización es posible promover fundaciones y subvenciones para actividades de enfermería. Mediante la comprensión de estas personas como ser-con y desarrollar las enfermeras de cuidados auténticos pueden ayudarles en su estado de aspectos de salud/enfermedad y subjetivos, abriendo la posibilidad de mejorar el desempeño de los enfermeros con los enfoques teóricos y filosóficos que pueden apoyar para el cuidado desarrollado por enfermeras interactuar y tener cuidado.

**Palabras clave:** Trasplante de Riñón. Diálisis Renal. Investigación Cualitativa. Atención de Enfermería.

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1:** Distribuição quanto à idade civil, gênero, filhos, escolaridade, religião, raça, profissão e tempo de hemodiálise dos participantes. 32

## SUMÁRIO

### 1 - INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória acadêmica	12
1.2 Objeto de estudo	15
1.3 Objetivo de estudo	15

### 2 - SOLO DE TRADIÇÃO

2.1 Doença renal crônica e as propostas de tratamento	16
2.2 Transplante renal: o procedimento e suas fases	20
2.3 Doação de órgãos: aspectos essenciais	25
2.4 Lista de espera para o transplante renal: dados epidemiológicos	29

### 3 - REFERENCIAL FILOSÓFICO

3.1 Os passos até a fenomenologia	32
3.2 Resgates histórico-conceituais sobre a fenomenologia	32
3.3 Abordagem fenomenológica de Martin Heidegger	34

### 4 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Fenomenologia como método de investigação	37
4.2 O caminho do método de Martin Heidegger	37
4.3 Trajetória da pesquisa	38
4.3.1 Cenário	38
4.3.2 Os participantes	39
4.3.3 Caminho percorrido da entrevista até sua transcrição	40

### 5 - ANÁLISE COMPRENSIVA

5.1 Construindo as Unidades de Significação	44
5.2 Compreensão vaga e mediana - 1º momento metódico	44
5.2.1 Unidades de significação	44
5.3 Fio condutor da interpretação	61

5.4 Compreensão interpretativa - 2º momento metódico	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	74
<b>REFERÊNCIAS</b>	78
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A - Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa	88
Anexo B - Autorização da Coordenação de Transplantes da Zona da Mata Mineira	90
Anexo C - Autorização da Clínica de Terapia Renal Substitutivas	91
Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
<b>APÊNDICE</b>	
Apêndice A - Roteiro de Entrevista	93

# INTRODUÇÃO

## 1. 1 Trajetória acadêmica

Como dizem, a vida é feita de escolhas e existem múltiplas possibilidades que podemos seguir determinando nossos caminhos, através de pequenas decisões que tomamos. O conjunto destas decisões, tanto pessoais como profissionais, pode ser comparado com um quebra-cabeça que ao colocar a última peça, podemos observar a nossa vida. Mas, qual o motivo que nos impulsiona a tal decisão? O motivo é o que separa e difere o caminho a ser percorrido. Nestas primeiras páginas descrevo meus motivos e caminhos para que possam compreender um pouco das minhas inquietações.

Uma das peças principais deste quebra-cabeça foi à decisão de ingressar no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em 2007. Ao estudar e praticar a enfermagem foi possível compreender e aperfeiçoar o cuidar. Sendo desenvolvido pela oportunidade de embasar cientificamente este ato através de estudos, pesquisas e a prática profissional, como também de solidariedade e respeito mútuo entre o enfermeiro e a pessoa cuidada.

Em meu caminho acadêmico me deparava constantemente com indagações que ultrapassavam o aspecto fisiopatológico das pessoas cuidadas, mas que estavam também envolvidas pelos aspectos psicológicos e sociais. Neste contexto, em 2009 ingressei na Liga acadêmica Pré-Renal da UFJF e foi me despertando o interesse para a Doença Renal Crônica (DRC), pois, a via como uma “teia” que na maioria das vezes era invisível, não apresentava sinais e sintomas, mas que entrelaçava e prendia as pessoas de um instante para outro, sendo necessária a luta pela sobrevivência. Essa luta é permeada por procedimentos que lhes proporcionem a vida, como as Terapias Renais Substitutivas (TRS).

Para compreender a DRC, participei de um Projeto de Extensão que através de visitas domiciliares, desenvolvia o rastreamento de possíveis portadores e/ou aqueles com risco de desenvolver tal patologia. Além da experiência no setor de Nefrologia, cadastrado no Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão (CENEPE) do Hospital

Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e do Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN), onde tive o contato com o ambulatório de DRC e com o Centro de Hemodiálise do HU/UFJF.

Neste momento, percebia que faltavam várias peças ao desenvolver tais projetos e comecei a tentar montá-las para compreender o cenário, ou seja, o processo que a pessoa com DRC necessitava transpor para melhorar sua qualidade e expectativa de vida. Assim, iniciei um estágio extracurricular em 2010 no IMEPEN para participar da assistência às pessoas com DRC integrando a equipe de Enfermagem de Transplante Renal, em que desenvolvia o cuidado nos ambulatórios de pré e pós-transplante renal.

Mesmo tentando compreender o processo técnico da DRC e suas TRS, continuava a necessidade de respostas, referente ao cotidiano destas pessoas como a ligação desta com a atuação do enfermeiro em tal área. Desta forma, comecei a pesquisar sobre a atuação da Enfermagem e percebi que existia uma lacuna no fazer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como o desenvolvimento de impressos para nortear nossa prática e delinear o papel do Enfermeiro dentro do processo de cuidado no transplante renal. Através desta vivência desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com uma revisão integrativa da literatura para embasar a construção de impressos de coleta de dados e de diagnósticos de Enfermagem para o indivíduo em fase pré-transplante renal.

Graduei-me em 2011 e no mesmo ano fiz duas disciplinas, Bases Filosóficas para o Cuidar e Epidemiologia Aplicada à Investigação em Enfermagem, do mestrado da UFJF como aluno especial, em que foi desenvolvida uma pesquisa para corroborar impressos para o pré-transplante renal. O método utilizado foi à validação por peritos, sendo composto por enfermeiros que atuam ou possuem pós-graduação na área de nefrologia e por mestrandos que tinham uma experiência em Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a utilização de uma Teoria de Enfermagem para o embasamento de tal processo.

A cada peça posta foram surgindo mais questionamentos principalmente sobre os aspectos subjetivos que estas pessoas apresentam como também a tentativa de entender o seu relacionamento com a família, com a equipe de saúde e com a sociedade. Suas vivências, sentimentos, comportamentos e atitudes experimentadas no

contexto da saúde/doença e o período indeterminado de espera para o transplante renal.

Assim, refletir sobre os aspectos objetivos e subjetivos destas pessoas nos remete ao cuidado entre enfermeiro/indivíduo, em que nos faz indagar a respeito: do seu significado, de quem realiza; o do por que o faz e neste sentido buscar as várias formas de agir em relação a si mesmo e ao outro (Silva, Guimarães e Nogueira, 2009).

O cuidar desenvolvido pela enfermagem perpassa várias dimensões como a assistência, administração, pesquisa, ensino e ética. No que se refere ao sujeito com DRC solicita-se cuidado especializado para manter a qualidade de vida ao se realizar qualquer um dos tipos de TRS e/ou transplante renal (RODRIGUES e BOTTI, 2009).

Atuação da enfermagem está inserida em todas as etapas do processo de transplante desde a detecção, avaliação e manutenção do potencial doador, diagnóstico de morte encefálica, consentimento familiar ou ausência de negativa, documentação de morte encefálica, remoção e distribuição de órgãos e tecidos, fase pré-transplante, transplante e acompanhamento na fase pós-transplante (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009).

Desta forma, considerando o grau de complexidade doação-transplante o enfermeiro requer treinamento, capacitação e atualização tecnológica e científica constante. O pensar sobre o processo de cuidar, coloca o enfermeiro diante do desafio de aprofundar sobre a necessidade de compreender o ser e o processo saúde-doença em que ele está envolvido (Silva, Guimarães e Nogueira, 2009).

Neste contexto, ao se pensar em uma doença crônica deve-se observar sua complexa dinâmica referente às modificações da vida do sujeito e a compreensão de tal fato nos leva a atuar em diversos contextos possibilitando a nossa participação no cuidar, como por exemplo, no cuidar de uma pessoa com DRC.

Desta forma, senti a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre tais aspectos mencionados anteriormente, com intuito de desenvolver estratégias de sensibilização para a pessoa com DRC, promovendo alicerces e subsídios para a atuação da enfermagem como a compreensão do processo saúde-doença, suas necessidades, seus anseios e suas expectativas quanto à melhoria de sua saúde com o recebimento de um rim que poderá modificar sua vida e de seus familiares. Desta

forma, em 2012 ingressei no mestrado da UFJF buscando aumentar o conhecimento sobre a pessoa na lista de espera para o transplante renal.

Penso que a realização desta investigação foi um desafio, pois envolve pontos subjetivos da pessoa que pertence à lista de espera para o transplante renal, uma vez que existem vários sentimentos envolvidos na maneira como age e reage ao processo do transplante renal, pois muitas vezes estas pessoas são consideradas aptas ou não pelo aspecto físico, mas desconsideradas em suas subjetividades.

Diante da realidade abordada, emergiu como inquietante e peça fundamental da investigação: como a pessoa se vê diante de suas limitações e possíveis complicações de seu estado de saúde; o convívio com a incerteza do transplante; a expectativa de obter um rim compatível e qual o seu olhar diante da condição de estar em uma lista de espera para o transplante renal.

Para dar suporte as minhas indagações, busquei na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger o embasamento para compreender os significados manifestos pelos entes nesta investigação.

Resgato as peças já colocadas e mostro quais peças coloquei neste quebra-cabeça, mostrando meu movimento para o caminho que percorri na busca de compreender e descrever às minhas inquietações.

## **1.2 Objeto**

A partir das minhas inquietações, desenvolvi este estudo tendo como objeto os sentidos da pessoa na vivência da lista de espera para o transplante renal.

## **1.3 Objetivo**

Compreender os sentidos da pessoa na vivência da lista de espera para o transplante renal.



## **2 SOLO DE TRADIÇÃO**

O termo “solo de tradição” é considerado como a parte da pesquisa fenomenológica que apresenta a fundamentação da ciência a partir dos fatos, caracterizando a constituição do fenômeno pela ocorrência de possibilidades da experiência, em que se pode caminhar para o estabelecimento de uma pré-compreensão e de como este sendo observado na literatura (FERREIRA, 2004).

No dizer heideggeriano possibilita um olhar no ser a partir da dimensão da experiência, da patologia, de sinais/sintomas e de terapêuticas em que embasa o estudo de compreender os sentidos da vivência da lista de espera para o transplante renal.

### **2.1 Doença Renal Crônica e as propostas terapêuticas de tratamento**

Os principais sinais e sintomas de alerta para o incorreto funcionamento renal pode ser a mictúria, a hipertensão arterial, a fraqueza, a anemia e o edema na face e em membros inferiores (XAVIER e SANTOS, 2010). A DRC tem como principais causas a hipertensão arterial, diabetes mellitus, infecções urinárias de repetição, calculose renal, nefrites e malformações do aparelho urinário. Essas doenças devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente e corretamente para que se evite a evolução para a DRC na fase V (CRAVO et al., 2011).

Podemos dizer que a DRC é a perda progressiva e na maioria das vezes, irreversível da função renal (glomerular, tubular e endócrina), de tal forma que na fase mais avançada, apresenta uma série de alterações que afetam os rins e estes não conseguem manter a normalidade do meio interno comprometendo todo o organismo (PEREIRA e GUEDES, 2009).

De acordo com a proposta da *National Kidney Foundation Americana* (NKF), em seu documento *Kidney Disease Outcomes Quality Iniciativa* (K/DOQI) referenciado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004) e por Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010) a DRC é definida pela lesão do parênquima renal com função normal e/ou diminuída presente por um tempo igual ou superior a três meses.

A classificação da DRC corresponde às fases da doença, sendo determinada pelo Risco de Filtração Glomerular (RFG), sendo uma proposta a partir da definição de DRC pela K/DOQI. A lesão renal sem insuficiência determina o estágio I, tendo uma RFG maior ou igual a 90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>; A lesão renal com leve diminuição da RFG na faixa de 89 a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, correspondendo ao estágio II; Já a lesão renal moderada tem a RFG na faixa de 59 a 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> correspondendo ao estágio III; a lesão renal com acentuada diminuição com sinais urêmicos iniciais possui a RFG na faixa 29 a 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, sendo o estágio IV da doença; Mas, a Falência Renal Funcional com uremia grave que corresponde a RFG menor que 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, determina o estágio V, sendo está irreversível e tendo a perda total da função renal, devendo recorrer ao tratamento dialítico ou ao transplante renal (KUKLA et al., 2008 e KIRSZTAJN et al., 2011).

Segundo Patat et al. (2012) e Bastos et al. (2010), a DRC ocasiona progressivamente a lesão renal e por seu caráter silencioso no início da doença o indivíduo com a queda da função renal não a percebe e quando deixa de ser assintomático e passa a sentir as manifestações da doença, os rins já estão consideravelmente prejudicados, sendo uma condição sem alternativas de melhora rápida para seus portadores. É neste ponto que está instalada a DRC na fase V, tendo a perda total da função renal.

A particularidade desta fase é que neste estágio os rins não conseguem sustentar a sua condição habitual de manutenção do meio interno do sujeito. Sendo os rins, órgãos reguladores e responsáveis pela remoção de resíduos metabólicos, estes não conseguem desempenhar suas funções, como eliminar as impurezas do sangue, regular a pressão arterial, produzir hormônios como a eritropoietina (estimula a produção de glóbulos vermelhos), o sistema renina-angiotensina-aldosterona (aumenta a pressão arterial) e o calcitriol (vitamina D ativada, aumentando o cálcio dos ossos), participar na formação e na manutenção dos ossos e estimular a produção de glóbulos vermelhos, e conseqüentemente, geram desequilíbrios metabólicos, endócrinos, eletrólitos, hídricos e ácidos básicos (SALIMENA et al., 2010).

A DRC na fase V é evidenciada pela variação nos aspectos clínicos de acordo com o grau de comprometimento renal e pelo aumento dos níveis séricos de uréia e

creatinina no sangue. Inicialmente é assintomática, evolui para azotemia<sup>1</sup> que corresponde à moderada elevação da uréia plasmática, azotemia severa e na fase V da doença predomina a síndrome urêmica, em que os rins eliminam apenas 15% dos níveis residuais do organismo (SMELTZER, BARE, HINKLE, J. L., et al., 2009; PATAT et al., 2012; TERRA et al., 2010).

Para evitar e reduzir os sinais e sintomas da DRC e suas complicações foram desenvolvidas formas de tratamento como: terapêutica medicamentosa e dietética; a Terapia Renal Substitutiva (TRS) e o Transplante Renal (ROCHA e SANTOS, 2009). As formas de tratamento melhoraram a qualidade de vida, mas mesmo com este avanço a condição de doente renal crônico pode ser complexa e problemática trazendo conflitos, inquietudes e ansiedades. Em que a terapêutica pode influenciar ou gerar uma crise na vida dessas pessoas, potencializando fragilidades no processo de adoecer e seu tratamento (CRAVO et al., 2011).

A escolha do tratamento pela equipe médica leva em conta as características individuais dos sujeitos, fatores demográficos e de co-morbidades como a evolução da doença. Inicialmente poderá utilizar apenas o tratamento conservador por meio da terapêutica medicamentosa e dietética, como também a restrição hídrica, quando estas não forem suficientes o indivíduo poderá utilizar uma das modalidades da TRS ou realizar o transplante renal (CAMPOS e TURATO, 2010).

Segundo Matos e Lopes (2009), a TRS determina ao indivíduo à dependência fisiológica da máquina de diálise para depurar o sangue, substituindo parcialmente a função renal, aliviando os sintomas da doença e conseqüentemente prolongando a vida do indivíduo. Para tal, temos as modalidades de tratamento que correspondem a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), a diálise peritoneal intermitente (DPI) e a diálise peritoneal automatizada (DPA).

A hemodiálise é atualmente a TRS mais utilizada, sendo que representa para a maioria dos indivíduos a continuidade da vida e também um impacto significativo na qualidade da mesma, como alterações na sua interação social, nas atividades de lazer e passeio pela periodicidade das sessões de hemodiálise, dificuldades na realização de

---

<sup>1</sup> Concentração de uréia e outros resíduos nitrogenados no sangue (SMELTZER, BARE, HINKLE, J. L., et al., 2009).

atividades físicas, alterações na forma de trabalho, dentre outras restrições ocasionadas no seu dia a dia (TERRA et al., 2010).

O indivíduo que possui DRC e está em tratamento dialítico apresenta a necessidade de adaptação à nova condição e para tal usa formas de enfrentamento diferenciadas para desenvolver estratégias para lidar com as alterações no seu cotidiano. Assim, cada um lida de maneira individual e subjetiva não existindo um padrão de comportamento e de adaptação. Desta forma, vários fatores influenciam na vivência de cada sujeito como sua condição física, psíquica, sociocultural e sua história de vida que influenciam e interferem na condição de saúde (PILGER et al., 2010).

Sendo assim, destaca-se a importância da família, pois para uma melhor adaptação esta igualmente necessita se reorganizar no sentido de se adequar às rotinas que a terapêutica impõe, no intuito de ofertar cuidado e segurança, melhorando a qualidade de vida de seu familiar (BARRETO et al., 2011).

Tornou-se portador de uma DRC no decorrer da vida apresenta-se como um acontecimento súbito, inesperado e ainda gera grande sofrimento. Neste contexto, podemos considerar que o diagnóstico de DRC traz consigo a idéia da iminência da morte, as repercussões no tratamento dialítico, ocasionando conflitos emocionais, vivências e experiências dolorosas, traumatizantes e complexas que podem modificar a rotina diária destas pessoas (MARAGNO et al, 2012). Em meio a estes fatos tem a possibilidade de realização do transplante que origina um revigoramento ao indivíduo, pois percebe este procedimento como uma chance de prolongar sua vida (OLLER et al., 2012).

Desta forma, o transplante renal é a modalidade de tratamento e reabilitação mais recomendada, pois oferece melhor qualidade de vida, uma possível redução do risco de mortalidade e um menor custo que os tratamentos de diálise (OLLER et al., 2012).

## 2.2 Transplante renal: o procedimento e suas fases

O transplante renal apesar de ser realizado há quase meio século (SILVA, GUIMARÃES e NOGUEIRA, 2009), foi principalmente nas últimas décadas que sofreu consideráveis avanços possibilitando sua concretização como alternativa para o tratamento de pessoas com DRC.

Para abordar o êxito e a efetivação do transplante na atualidade destaca-se o grande desenvolvimento do processo terapêutico com as melhorias das técnicas cirúrgicas, o uso de terapia imunossupressora, a disponibilidade de cuidados intensivos e a melhora da eficiência na preservação dos órgãos (BARROS, ARAÚJO e LIMA, 2009).

De modo geral o transplante renal é uma terapêutica, que desde o seu primeiro êxito até os dias atuais teve um grande desenvolvimento, se tornando uma terapêutica eficaz e rotineira no tratamento da DRC na fase V do estadiamento da doença. Esta etapa se constitui no estágio da doença mais avançado em que é definida a Falência Renal Crônica (FRC) e irreversível, com níveis de Risco de Filtração Glomerular (RFG) menores que 15 ml/min (FERMI, 2010), sendo um importante problema com complicações clínicas, problemas sociais e psicológicos para seus portadores (FRANÇA et al., 2010; CAMPOS e TURATO, 2010).

Através dos Dados Estatísticos sobre Transplante Renal (ABTO, 2011 e 2012) e pelo Boletim Informativo (ABTO, 2011) constata-se que ocorreu um aumento crescente da realização deste procedimento, verificado pelos dados anuais de 2011 com a realização de 4.957 transplantes, sendo que em 2012 foram feitos 5.385 transplantes, correspondendo respectivamente a 26,0 doadores/pmp<sup>2</sup> comparados com 28,2 doadores/pmp. Mas, a necessidade estimada de realização de transplante renal para o ano de 2012 foi de 11.445 receptores. Assim, mesmo com o aumento do número de transplantes os dados estatísticos revelam que existe um déficit entre a captação de órgãos e a demanda para o transplante, pois o número de pessoas inscritas para receber um rim é maior que a oferta de órgãos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT), ocasionando um período indeterminado de espera para o transplante renal.

---

<sup>2</sup> Doadores por milhão da população.

Tendo em vista a DRC como uma doença de saúde pública e pela unicidade do transplante renal, o Brasil vem se destacando internacionalmente pela atuação do Sistema Nacional de Transplante no que tange a recepção de rim e seu progressivo aumento na realização deste procedimento (MACHADO, CHERCHIGLIA e ACÚRCIO, 2011). Este desempenho do transplante renal é consequência de: maiores investimentos por parte governamental nos setores de captação e doação de órgãos; pela determinação da obediência da fila única, evitando algum tipo de vantagem econômica pelo tráfico, turismo e o comércio de órgãos (TREVISO, BRANDÃO e SAITOVITCH, 2010), pelas singularidades deste órgão, como a sua vida útil que pode ser transplantado até 36 horas depois da retirada do doador e pela doação de um único doador falecido ser capaz de beneficiar dois receptores diferentes (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009).

O transplante está indicado para o indivíduo em tratamento dialítico ou mesmo em fase pré-dialítica (pré-emptivo), considerando-se o clearance de creatinina seja menor que  $20\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$  de superfície corporal (NORONHA, SETER e PERINI, 2010).

O transplante renal pré-emptivo é uma forma preventiva de tratamento que é oferecido para potenciais receptores que ainda não estejam na fase V da DRC, mas que possuem comorbidades ou que estejam em fase de desenvolvimento como: diabéticos para reduzir a incidência de complicações vasculares, cardíacas, oculares e neurológicas próprias do diabetes; e em crianças com idade inferior a 10 anos evitando o prejuízo no crescimento, osteodistrofia renal e, principalmente, pelas dificuldades dialíticas (NORONHA, SETER e PERINI, 2010).

Atualmente, com avanços na técnica cirúrgica, no uso de terapia imunossupressora e na disponibilidade de cuidados intensivos ocorreu um desenvolvimento no processo de realização do transplante. Como exposto pode-se observar que alguns anos atrás, era negada para a realização cirúrgica a idade dos potenciais receptores e hoje é realizado com sucesso transplantes em recém-nascidos e pacientes com idade superior a 70 anos (FREIRE, FREIRE e Pinto, 2012; PERI e TOMASI, 2012).

No Brasil temos como contra-indicações: terapia imunossupressora em indivíduos portadores de sorologia positiva para HIV, podendo agravar o curso da AIDS; risco aumentado de metástases potencialmente induzida pela imunossupressão em indivíduos portadores de neoplasias malignas ou aqueles já tratados com menos de dois anos de seguimento, que deverá ser comprovado por nenhuma evidência de câncer; negativa de indicação de tratamento cirúrgico ou intervencionista para indivíduos portadores de doença pulmonar crônica avançada ou doenças cardíacas graves; nos indivíduos com vasculopatia periférica grave com sinais clínicos evidentes de insuficiência vascular periférica ou com estudo de doppler mostrando lesões graves em artérias ilíacas; e nos indivíduos portadores de cirrose hepática (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009).

O processo de transplante renal corresponde a um conjunto de etapas que estão articuladas para o seu sucesso. Estas representam: a fase pré-transplante renal; o ato cirúrgico; e pós-transplante renal.

A **fase pré-transplante renal** corresponde aos processos éticos e legais, como os clínicos e laboratoriais que antecedem a fase cirúrgica para o transplante renal.

Em consonância com as legislações vigentes no Brasil e com a “Declaração de Istambul”, de 2008, é necessário para a doação *post mortem*: a autorização do Comitê de ética do hospital, o consentimento informado por parte dos familiares, a avaliação psicológica e a investigação clínica do receptor, como também a investigação genética entre receptor e doador (ABBUD e GARCIA, 2010).

A doação *post mortem* requer que o receptor do transplante esteja vinculado no cadastro regional e nacional, inserido na fila de espera, que deverá ser atualizada anualmente por meio de exames que analisam os marcadores para detectar o grau de compatibilidade genética através das provas cruzadas<sup>3</sup> para o recebimento do rim (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009; ABBUD e GARCIA, 2010).

O Ministério da Saúde passou a promover incentivos para diminuir os obstáculos quanto à realização do transplante renal, como a utilização de doadores limítrofes, aumentar a equidade na distribuição de órgãos, a utilização do critério de tempo na

---

<sup>3</sup> Exame para determinar a presença de anticorpos pré-formados no sangue do receptor contra células do possível doador.

distribuição de rins, a ampliação de Centrais de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) em áreas fora dos centros transplantadores nas regiões Sul e Sudeste do país e o melhoramento no acompanhamento pós-transplante renal (RODRIGUES e ALVES, 2010).

A investigação clínica e de compatibilidade genética entre receptor e doador (ABBUD e GARCIA, 2010) é criteriosa e rigorosa, para determinar o grau de semelhança entre o sistema hematológico e tecidual entre receptor e doador. Assim, a semelhança evita que o sistema de defesa imunológico rejeite o novo órgão.

Tal compatibilidade é determinada pela tipagem sanguínea (compatibilidade dos tipos de sangue do doador e receptor), análise de antígenos de histocompatibilidade (HLA) que a maior similaridade determina o aumento do êxito do transplante e a prova cruzada de linfócitos (cross-match) que nos mostra se o receptor tem anticorpos contra os antígenos do doador e se rejeitará o órgão (JACKSON et al., 2011). Além de uma minuciosa anamnese, exame físico completo, avaliação laboratorial e de imagem incluindo uretrocistografia miccional e retrógrada para determinar a função da bexiga e a capacidade e estrutura dos ureteres, raio-x de tórax, eletrocardiograma, avaliação odontológica observando infecção e cáries, como também, consulta ginecológica quando mulher e exame de próstata para os homens (PIMENTA et al., 2011).

Deve-se ficar atento também à avaliação psicológica do receptor, pois este pode apresentar conflitos emocionais que envolvem o seu cotidiano, como o sentimento ambíguo dos indivíduos que esperam pelo transplante que se retrata, por um lado como ansiedade e expectativa referente ao retorno da normalidade de sua vida após o transplante e por outro lado, a culpa quando o doador é falecido, pois vêem que alguém teve que falecer para que ele sobrevivesse (FERREIRA et al., 2009).

Além desta etapa se caracterizar pela sua complexidade e pelo tempo prolongado entre captação e o ato cirúrgico, sendo que a avaliação do receptor e doador são peças chaves para o sucesso do transplante renal.

O **transplante renal** propriamente dito é uma intervenção cirúrgica para a retirada de um rim do doador e a implantação deste no receptor que lhe dará o funcionamento do sistema renal, possibilitando o tratamento da DRC no seu estágio mais avançado (KUKLA et al., 2008). Neste caso o procedimento é considerado uma



homotransplantação/aloenxerto, ou seja, é um procedimento de transferência de um órgão de um indivíduo para o outro da mesma espécie (BUSATON, et al., 2009). A possibilidade do procedimento envolve a doação de órgãos, sendo este proveniente de um doador vivo ou falecido (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009).

Após a implantação do rim este começa a funcionar produzindo urina e iniciando a depuração do sangue, eliminando todos os produtos tóxicos do organismo. O novo rim pode funcionar imediatamente ou pode levar algumas semanas para retornar as suas atividades, sendo necessário usar a diálise neste período. Os rins próprios do receptor, geralmente, permanecem onde eles estão, a menos que estejam causando infecção ou hipertensão grave (ANTONOPOULOS et al., 2009)

A **fase pós-transplante renal** corresponde à etapa pós-cirurgia em que a ênfase está nos procedimentos de prevenção de complicações e a promoção da saúde através de orientações quanto aos hábitos alimentares, atividades físicas e o uso dos medicamentos (PATAT et al., 2012 e FURTADO et al., 2012).

Apesar da ampliação do tempo de vida do receptor pelo aumento da vida média do enxerto transplantado e pela diminuição das rejeições pela introdução dos medicamentos imunossupressores. Mas em contra partida a toxicidade dessas drogas tornou-se um problema, juntamente com o uso inadequado destas e sua monitorização é indispensável para o bom prognóstico do enxerto (ALBUQUERQUE, LIRA e LOPES, 2010).

O indivíduo passa a fazer acompanhamento ambulatorial com a realização periódica de exames e consultas por toda sua vida pelo risco de perda do transplante e de complicações, como o risco de rejeição. Assim o seguimento ambulatorial passa a ser uma assistência com enfoque nas orientações adequadas, pois é necessário que o mesmo aprenda a conviver com o novo estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos, cuidados com a saúde e principalmente sem as sessões de hemodiálise, mas com a dependência do uso diário das medicações imunossupressoras (LIRA et al., 2009).

### 2.3 Doação de órgãos: aspectos essenciais

O que diferencia o transplante de outras cirurgias é que para se realizar o procedimento há a necessidade de utilizar um órgão ou tecido proveniente de um doador, vivo ou falecido (BARROS, ARAÚJO e LIMA, 2009). É este um componente inovador na prática da medicina, que tem gerado ao longo dos anos, debates e questionamentos de ordem bioética. Além de ser um desafio científico, legal, moral e religioso por oferecer a possibilidade do procedimento para o receptor de órgãos e de altruísmo e generosidade por parte do doador vivo e de familiares de um possível doador (SANTOS, MASSAROLLO e MORAES, 2012; TRINDADE e CARDOSO, 2012).

Desde o início do desenvolvimento dos transplantes começaram a borbulhar indagações sobre todo o processo e com o passar dos anos foram determinando conceitos e regras sobre este procedimento. Com relação ao doador, se estabeleceu que para o transplante renal a recepção, poderia ser de doador vivo e falecido.

No primeiro caso, toda pessoa adulta sadia, que possua a função renal normal e que não apresente risco de doença renal ou de outros órgãos após a doação, poderá ser um potencial doador (BARRETO et al., 2009). Segundo as definições do Documento de Aguascalientes (BAQUERO et al., 2010), a doação *inter vivos* pode ser por doador vivo de parente consanguíneo, doador vivo não-aparentado, podendo ser doador emocionalmente relacionado ao receptor e doador não-relacionado, subdividindo-se em doador altruísta e doador pareado.

Normalmente, no processo de doação *inter vivos* desenvolve-se uma sequência de passos até se chegar à constatação de um doador efetivo para o transplante renal. Para tal, é realizado avaliações e exames para afastar contra-indicações de ordem física e emocional, compara-se o grupo sanguíneo do doador com o receptor, realiza-se a prova cruzada avaliando se existem anticorpos no receptor dirigidos contra os antígenos do doador, que possam causar rejeição imediata, também verifica a compatibilidade (HLA) que ajudará a determinar a semelhança entre o receptor e o doador (JACKSON et al., 2011). Além de avaliar se o doador pode doar o órgão sem ter prejuízos para a sua saúde atual e em longo prazo e se não tem alguma doença transmissível que possa prejudicar o receptor (NORONHA, MESQUITA e PESTANA,

2012).

No segundo caso, doação *post mortem*, o critério para doação é o indivíduo com diagnóstico de morte encefálica, no qual tenha descartado contra-indicações clínicas que possam causar risco para os receptores (SANNER, LAGGING e TIBELL, 2011).

Em relação à doação *post mortem* são considerados doadores os indivíduos em coma irreversível, com ausência da função cerebral em decorrência da parada total da atividade do tronco e hemisférios cerebrais, apesar da manutenção da respiração por sistemas de suporte respiratório e de batimentos cardíacos (GUETTI e MARQUES, 2008). Assim, será um potencial doador quando constatado os critérios de morte encefálica, segundo a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina (1997), que determina a realização de dois exames clínicos neurológicos e um exame gráfico complementar. A partir desta constatação esse indivíduo será doador efetivo, desde que se obtenha a autorização familiar e desta forma seus órgãos poderão ser doados para os receptores compatíveis (CICOLO, ROZA e SCHIRMER, 2010; BARROS, ARAÚJO e LIMA, 2009).

Para o doador em morte encefálica foram definidos pelas equipes de captação de órgãos, protocolos e condutas que são utilizados amplamente em todo o território nacional, em que os principais passos são: constatar a morte encefálica e obter a autorização da família, afastar qualquer doença que inviabilize o transplante, reconhecer a viabilidade do órgão a ser doado, realizar as provas de compatibilidade de tipo sanguíneo e de sistemas imunológicos entre o doador e o receptor para evitar que o rim implantado seja imediatamente rejeitado, procurar o receptor mais adequado, enviar o órgão ao local da cirurgia do receptor (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009; MARTINI, FERNANDES e MARTINS, 2008).

Os esforços para uma adequada avaliação clínica e laboratorial do potencial doador é fundamental para minimizar o risco de rejeição e a exclusão do risco de transmissões de doenças infecciosas ou neoplásicas para o receptor. Desta forma, para evitar tais complicações utiliza-se algumas contra-indicações para a doação como tumores malignos (com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma *in situ* do colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central), sorologia positiva para HIV ou para HTLV I e II, tuberculose em atividade e sepse ativa e não controlada.

Além da não aceitação de pessoas não identificadas ou com causa de morte não esclarecida como doadores (NORONHA, MESQUITA e PESTANA, 2012). Para determinar se uma contra-indicação é absoluta para a doação esta é de responsabilidade do coordenador hospitalar ou CNCDO (RODRIGUES e BOTTI, 2010).

É importante tanto para o transplante com doador vivo quanto com falecido que o sangue e os tecidos sejam compatíveis, pois essa semelhança evita que o sistema de defesa imunológica do receptor estranhe o novo rim e o rejeite. Tal compatibilidade é determinada por vários fatores, como o tipo sanguíneo (ABO) e os antígenos de histocompatibilidade (HLA). Desta forma, ao selecionar o indivíduo mais apto a doação é utilizada a tipagem sanguínea e a maior semelhança de compatibilidade de tecido (HLA) com o receptor. Assim os melhores doadores em ordem decrescente são os irmãos gêmeos univitelinos, os irmãos com antígenos de histocompatibilidade idênticos, os doadores distintos imunologicamente e por último o doador falecido (PEREIRA, FERNANDES e SOLER, 2009; JACKSON et al., 2011).

Ao comparar os tipos de doação, observa-se que os resultados do transplante quando é de doador vivo são superiores àqueles que se obtêm com um rim de doador falecido, pois está relacionado à melhores resultados a curto e longo prazo, regime de imunossupressão menos agressivo, maior tempo de retorno da função do enxerto, maior sobrevida do enxerto e conseqüentemente maior sobrevida do transplantado renal. Além de um menor tempo de espera quando comparado com doadores cadáveres e melhor programação da cirurgia pela equipe médica e pelo receptor do transplante renal (MARTINI, FERNANDES e MARTINS, 2008).

No Brasil e no mundo tem ocorrido um aumento expressivo do número de transplantes, embora ainda insuficiente, face à demanda acumulada de indivíduos com IRC na lista de espera para o transplante renal. Em nosso país de acordo com os dados estatísticos da ABTO (2011), a taxa obtida em 2011 para o transplante renal foi de 26,0 doadores por milhão de habitantes/ano, tendo desenvolvido 1.643 transplantes de doadores vivos e um aumento significativo nos transplantes renais referentes a doador falecido, correspondendo a 3.314 transplantes. Mesmo com essa elevação nas doações, a realidade mostra um elevado número de recusas por parte de familiares de potenciais doadores que no ano de 2011 representou 71,70% dos possíveis doadores

falecidos (ABTO, 2011).

O fato expresso pode estar relacionado ao processo de doação como citado por Santos, Massarollo e Moraes (2005), representando um aumento no estresse vivenciado pela família referente à demora do diagnóstico de morte encefálica e dos procedimentos para descartar contra-indicações clínicas do potencial doador, como o não entendimento de morte encefálica e todo o processo de doação por parte dos familiares. Para o consentimento dos familiares é importante o esclarecimento de todo o processo de doação, além de considerar o luto por parte destes, observando seus comportamentos e sentimentos para compreender seu estado emocional e as suas conseqüências.

Para tentar estender o número de potenciais doadores por morte encefálica foram ampliados os critérios de aceitação de doadores de órgãos, sendo aceitos doadores considerados como “limitrofes”, que inclui indivíduos que não possuem critérios ótimos para ser classificados como doadores, mas que são compatíveis com uma sobrevivência tanto no caso do doador quanto no caso do receptor e a estimulação da doação intervivos (BAQUERO et al., 2010).

Ao longo dos anos o Brasil vem estabelecendo os aspectos éticos e legais sobre o transplante e a doação, como a publicação da Lei nº 5.479/68, que regulamentava a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáveres para finalidade terapêutica e científica (CICOLO, ROZA e SCHIRMER, 2010).

Em 1998 foi publicada a Lei nº 9.434/97 que ampliava os critérios da doação em vida, permitindo judicialmente que qualquer indivíduo pudesse doar para transplante um de seus órgãos duplos, desde que a doação não comprometesse a sua saúde e que fosse de forma gratuita. Além de definir os critérios para a doação e proibir doação por pessoa não identificada (sem documentos) ou sem autorização da família, como exibir publicamente a lista de espera (CICOLO, ROZA e SCHIRMER, 2010).

Mas em 2001 entra em vigor a Lei nº 10.211/2001, alterando a classificação consanguínea até quarto grau e permitindo a doação a qualquer pessoa juridicamente capaz e dispondo gratuitamente de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo para fins terapêuticos ou transplante em cônjuges, parentes e qualquer outra pessoa, mediante autorização judicial (MARTINI, FERNANDES e MARTINS, 2008).

Atualmente em 2012, foi publicada a Portaria nº 845/2012, que estabelece as estratégias para melhorar e ampliar o acesso aos transplantes por meio da diferenciação e criação de procedimentos de transplante e da doação. Estas leis e portarias junto com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.480/97 estabelece as diretrizes para a política nacional de doação e transplante de órgãos e tecidos (CICOLO, ROZA e SCHIRMER, 2010).

#### **2.4 Lista de espera para o transplante renal: dados epidemiológicos**

De acordo com Cicolo, Roza e Schirmer (2010), existe uma desproporção entre a lista de espera que se alonga com relação à discreta elevação na quantidade de transplantes renais, que em decorrência de tal fato existe uma imprevisão do tempo de espera para a realização do transplante renal, ocasionando um elevado número de mortes nestas filas de espera.

Considerando-se que a limitação para as longas filas de espera por um transplante renal é a carência de órgãos para atender a necessidade dos indivíduos com DRC e que há um aumento constante na prevalência da população geral de doenças como hipertensão arterial e diabetes, como o envelhecimento da população (MACHADO, CHERCHIGILIA e ACÚRCIO, 2011).

O exposto pode ser confirmado pela existência de 34.640 pessoas inscritas na lista nacional para transplante de rim no Brasil no ano de 2010 (ABTO, 2010), sendo que neste mesmo ano o número de pessoas transplantadas foi de 4.660. Os dados referentes ao ano de 2011 confirmam a realização de 4.957 transplantes, tendo um crescimento de 5% em comparação ao ano anterior (ABTO, 2011). Mas, em contra partida ao analisar a lista de espera podemos determinar que atualmente cerca de 90.000 indivíduos estejam utilizando métodos dialíticos e que destes apenas 24% estão na lista de espera, correspondendo 21.686 indivíduos aguardando o transplante renal, sendo inferior ao esperado de 30% a 40%, correspondendo a 27.000 a 36.000 indivíduos (ABTO, 2012).

Desta forma, observa-se que se tem um número insuficiente de transplantes renais em relação à quantidade de pessoas cadastradas na lista de espera e que ao

mesmo tempo existe um número menor do que o esperado de pessoas no cadastro de transplante renal. Este último pode ser pelo receio de realizar o transplante renal pelo risco de rejeição do órgão ou por representar um grande impacto emocional e social para o candidato a transplante e seus familiares (MACHADO, GOMES e ACÚRCIO, 2012).

Após a avaliação e inscrição na lista de espera para o transplante, os indivíduos devem ser orientados a permanecerem em alerta, pois a qualquer momento podem ser chamados, sendo importante uma localização fácil, como a atualização de endereço residencial e telefone e que estejam em condições adequadas para a cirurgia. O período de espera é variável como dito anteriormente e sua oportunidade depende da captação de um doador esteja em condições ideais para o transplante e que tenha compatibilidade com o receptor.

Assim a doença, as alterações provocadas pelo tratamento dialítico e a espera pelo transplante renal são consideradas estressores responsáveis por necessidades de adaptação do indivíduo, como modos de enfrentamento baseados na emoção e/ou no problema (XAVIER e SANTOS, 2010). Essas respostas são influenciadas pelas experiências e vivências de cada sujeito, que podem aceitar sua condição e planejar metas para melhorar de saúde ou podem estar associadas a sentimentos como a raiva, negação ou depressão.

O indivíduo ao aproximar-se do fenômeno de estar à espera de um transplante renal traz consigo significações sobre o seu estado de saúde, o convívio com as limitações biopsicossociais e a expectativa de melhorar sua qualidade de vida com o transplante renal. Entretanto, o modo como cada paciente vive e se relaciona com a doença é sempre único, vinculado a aspectos mentais, ambientais, sociais e de âmbito familiar (PILGER et al., 2010).

O transplante renal em comparação com as diálises apresenta avanços na qualidade de vida e na sobrevivência destes indivíduos. Mas, quando se observa o tempo de espera para a realização do transplante, este pode ser maior que o tempo de sobrevivência da pessoa em tratamento hemodialítico (SESSO et al., 2010).

O acesso à lista única para o indivíduo com DRC se torna a porta de entrada para a realização do transplante e, por conseguinte, fundamental para a melhoria da

qualidade de vida e sua manutenção (MACHADO, CHERCHIGLIA e ACÚRCIO, 2011; BAQUERO et al., 2010).

Apesar dos avanços atuais na assistência a saúde da pessoa com DRC, esta população com debilidade física apresenta um considerável impacto no seu estilo de vida e nas demandas psicossociais, que se tornam tão importantes quanto às restrições fisiológicas, assim acreditam que o transplante seja a resolução do problema e a lista de espera essencial para tal procedimento (SALIMENA et al., 2010).



### **3 REFERENCIAL FILOSÓFICO**

#### **3.1 Os passos até a fenomenologia**

Confesso que a Fenomenologia adentrou em meu cotidiano há pouco tempo, mas ao iniciar meus estudos tentando compreender essa abordagem percebi que as minhas indagações desde a graduação tinham no seu interior, tentativas de desvelar o sentido oculto nas atitudes e comportamentos dos sujeitos.

Além de entender, neste sentido, que seria como uma “alavanca”, dando suporte para a enfermagem desenvolver a interação com os indivíduos, na tentativa de compreender o ser no seu cotidiano, como a interação do enfermeiro no cuidar do outro e a busca do entendimento das inquietudes desenvolvidas no dia-a-dia da profissão, indo além da assistência técnico-científica.

Através da minha experiência comecei a observar que mesmo com todo aparato institucional e profissional oferecido ao ser com DRC em tratamento dialítico e que espera por um transplante renal, este se encontra mergulhado em um turbilhão de sentimentos que interfere de forma efetiva no seu comportamento e conseqüentemente na sua vivência.

Nesse entendimento busquei por meio da fenomenologia de Martin Heidegger, desvelar o sentido do ser na vivência do adoecimento renal crônico e à espera por um doador. Através de tal compreensão poder desvelar seu mundo circundante, buscando interligá-los para compreender os sentidos para a pessoa na vivência de estar na lista de espera para o transplante renal.

#### **3.2 Resgates histórico-conceituais sobre a fenomenologia**

A palavra fenomenologia em seu sentido ampliado quer dizer ciência ou estudo dos fenômenos sendo a própria investigação filosófica, pois deve partir da apresentação dos fenômenos para lhe conferir uma unidade de sentido. E, no seu sentido etimológico, provém da palavra grega *phainomenon*, que expressa o significado de “aquilo que se mostra, o que aparece e está claro”, portanto mostrar as coisas em

si mesma. Sendo uma abordagem de pesquisa que procura compreender os fenômenos da vida diária, buscando desvelar os sentidos do sujeito no mundo, em sua facticidade (PEIXOTO, 2011; SILVA, ESPÓSITO e NUNES, 2008).

O primeiro relato da utilização da palavra fenomenologia foi no século XVIII por Jehann-Heinrich Lambert, na sua obra “Novo Órganon” em 1764. Denota como sendo o significado de aquilo que aparece à consciência ou de “volta às coisas mesmas”, sendo uma investigação para distinguir a verdade e aparência, de modo a desvelar as apresentações deparadas pelo pensamento, sendo “A teoria da ilusão” (SILVA, ESPÓSITO e NUNES, 2008; SALOMÉ, MARTINS e ESPÓSITO, 2009).

Mas, foi através de Edmund Husserl no século XX, que a fenomenologia ganha outra forma e se constitui numa ciência humana oposta ao positivismo, ao naturalismo e ao psicologismo. É através dele que se coloca uma roupagem nova a um termo antigo, em que a ontologia que se propõe a estudar a ciência do Ser, passa a compreender e não só a conhecer o Ser por um olhar dos elementos exteriores, visto que busca a essência deste por considerar em si mesmo o seu reflexo na consciência, interessando pelo mundo interior (PEIXOTO, 2011 e SALOMÉ e ESPÓSITO, 2010).

Em sua vertente filosófica, Husserl, tem como antecessores Descartes e Kant e como mestre Franz Brentano (MARTINS-FILHO, 2011). O pensamento husserliano embasa posteriormente vários autores, mesmo que estes apresentem diferenças em suas concepções, como: Max Scheler, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty e Alfred Schutz.

A fenomenologia é um método de investigação subjetivo e rigoroso que se inicia com os estudos dos fenômenos como aparece a mente para encontrar as verdades da razão e a intencionalidade da consciência (ARAÚJO, CARTAXO e ALMEIDA, 2012).

Contudo é preciso encontrar o meio de ver a estrutura integral da consciência, através dos pressupostos do conhecimento e para tal apreender o puro caráter fenomenal da consciência. Tem como alicerce que o ser humano é consciente e que a consciência é sempre intencional, dada a correlação entre sujeito e objeto, em que os fenômenos se manifestam subjetivamente (MONTEIRO et al., 2006).

O método fenomenológico é constituído pela redução eidética e a redução transcendental. A redução eidética consiste em encontrar a essência da consciência, de

forma a suspender os pressupostos e preconceitos sobre o objeto transcendente, descrevendo o processo intencional, pela apreensão da consciência e de sua essência por unidades formadoras de sentido (PAULA et al., 2012). No segundo momento, a redução transcendental, a própria existência da consciência entra em jogo, em que ao observar as vivências fundamentais podemos conceber outras formas de ver o que se desvelou na redução eidética (CORREA, 1997; PAULA et al., 2012).

A fenomenologia como modalidade de pesquisa qualitativa busca a compreensão do fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações e nem generalizações. O pesquisador parte do mundo-vida dos sujeitos que vivenciam o fenômeno, buscando desvelá-lo (SILVA, ESPÓSITO e NUNES, 2008). Destinado a estabelecer um contato com o fenômeno situado, realizando a “epoche” e por meio de suas experiências tem a possibilidade de questionar o mundo ao seu redor (SILVA, DAMASCENO e MOREIRA, 2001).

A abordagem fenomenológica por meio dos significados que os sujeitos atribuem às suas vivências, permitiu compreender o significado para as pessoas na vivência de estar na lista de espera para o transplante renal. Por acreditar que esta espera pode ser significativa no agravamento de sentimentos como a ansiedade, a insegurança e o medo, presentes na mudança de sua rotina diária com o desenvolvimento da DRC e a utilização de uma das TRS.

### **3.3 Abordagem fenomenológica de Martin Heidegger**

Numa perspectiva fenomenológica utilizou-se como referencial filosófico e metodológico de Martin Heidegger, que segundo seu pensar nos sustenta na compreensão do *ek-sistir* do ser, segundo seu modo de ser-aí para alcançar os significados da vivência da lista de espera para o transplante renal.

O filósofo alemão Martin Heidegger (1889-1976) iniciou seus estudos sobre a compreensão do ser ao aproximar-se da fenomenologia husserliana. Na obra “Ser e Tempo” retrata um questionamento básico da filosofia que é a questão do ser, em que se pretende buscar o sentido do ser. Parte como ponto inicial a esta reflexão o homem,

que é através deste que se pode traçar o caminho para conhecer e compreender o ser.

Nesta abordagem o ser representa o motivo da indagação e o porquê da procura, sendo esta busca o modo de investigar a realidade procurando desvelar o que está velado, analisa a fenomenologia como “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2012, p.68).

Heidegger (2012) descreve o ser em suas várias formas de manifestação, em que é necessário o seu desvelamento, pois este se apresenta por facetas que precisam ser esclarecidas diante de sua complexidade, partindo da existência humana para entender o ser em si-mesmo, sendo “*dasein*” ou “*ser-aí*”. É o ser que todo mundo é, que se diferencia dos outros seres e que tem a possibilidade de indagar sobre o ser, as coisas e o mundo (HEIDEGGER, 2012).

Segundo Camargo e Souza (2002) o ser é a essência do “ente” e considera o “ente” como o ponto de partida para o acesso ao ser, pois podemos determiná-lo enquanto que o ser poderá ser desvelado como possibilidade pelos vários modos de ser-no-mundo cotidiano. Neste sentido, o ente é tudo o que somos e a forma como agimos, como expressamos e nos comportamos (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).

O ente é pre-sença, sendo considerada como a relação homem/mundo, sendo determinada pela cotidianidade e pelo seu lançamento no mundo segundo o seu modo de ser (OLIVEIRA e CARRARO, 2011), que para Heidegger (2012, p. 240), “o modo de ser como forma fundamental de ser do ser-aí está representada pela de-cadência, que significa o de-caimento do ser-aí na cotidianidade”.

A cotidianidade é entendida em Heidegger (2012, p.241) como “o movimento para as possibilidades de ser, o que nos mostra que o de-cair no mundo é conduzido pelo falatório, curiosidade e ambiguidade, mostrando o ser-aí de maneira impessoal e inautêntica, sendo à maneira de todos” (HEIDEGGER, 2012, p.241).

O reconhecimento de possibilidades é característico da angústia, que para Heidegger (2012, p.343) tem o significado de “abertura com o mundo, sendo uma posição privilegiada do ser-no-mundo, que possibilita o ser-aí a alcançar a autenticidade no seu cotidiano”.

Considerou-se neste estudo compreender a cotidianidade, portanto o ser no mundo circundante, o cotidiano das pessoas que almejam o transplante renal.

Desvelou-se os sentidos de pertencer a lista de espera do transplante renal, pela suma importância da compreensão da sua própria experiência e vivência diária, desvelando seu modo próprio de viver e se relacionar no mundo, ao mostrar-se como *ser-aí*.

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Fenomenologia como método de investigação**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa por ser uma investigação que pretende buscar as facetas que o sujeito apresenta na realidade vivida por ele, sendo desta forma inesgotável a procura da essência do fenômeno (MINAYO, 2008). Ao aproximar das questões vividas pelos sujeitos, esta abordagem apresenta uma compreensão diferenciada sobre o objeto estudado.

A fenomenologia enquanto método de investigação preocupa-se em desvelar o fenômeno que é tal como ele é em si mesmo, partindo do princípio de que as coisas se mostram, ou seja, da transparência do fenômeno. Sendo que os fenômenos se apresentam num determinado tempo e espaço e necessitam ser apontados para obter a compreensão da vivência e a reflexão do cotidiano sobre a luz da fenomenologia (TERRA et al., 2006).

Esta abordagem para descrever e compreender o fenômeno sugere ao investigador o caminho para interrogar e captar o significado do objeto, enfatizando o significado que os sujeitos dão as coisas e ao mundo (PAULA et al., 2012).

Tal método por tratar de questões subjetivas subsidiou a compreensão das vivências das pessoas à espera do transplante renal, sendo essencial para entender o cotidiano e o desvelamento dos sentidos para estas pessoas sobre o transplante e à sua espera.

### **4.2 O caminho do método de Martin Heidegger**

Heidegger (2012) considera que ao atentar para um fenômeno e trazer à luz aquilo que na maioria das vezes está oculto no ente e se mostra no ser é a manifestação daquilo que se mostra. ALMEIDA, et al (2009) consideram a fenomenologia como a busca para evidenciar o essencial dos fenômenos e não a identificação de causa e efeito ou a demonstração do fenômeno.

Entendendo-se que o pesquisador possa alcançar e desvelar a essência do ser em suas múltiplas facetas é necessário que este se coloque aberto a possibilidades,

isento de preconceitos e explicações próprias, pois busca no mundo-vida do sujeito entrevistado, a suas vivências do fenômeno.

Desse modo, o método é fenomenológico e hermenêutico, o primeiro por ir ao encontro do fenômeno observando os seus significados e o segundo visa interpretar o que se mostra clareando, o que se manifesta e que na maioria das vezes se mostra obscuro e lhe atribuem sentido. Pode-se analisar o modo “como” da sua manifestação e extrair os sentidos do fenômeno respaldando a proposta de investigar os sentidos de vivenciar a espera para o transplante.

### **4.3 Trajetória da pesquisa**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) de acordo com a resolução vigente e com o parecer nº 131.836 (Anexo A). Trata-se de um estudo classificado como de risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica utilizada durante a coleta das informações não empregou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram deste, bem como considerado a participação voluntária e o anonimato na divulgação dos resultados.

#### **4.3.1 Cenário**

Inicialmente entrei em contato com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), de um município do interior do Estado de Minas Gerais, que através de uma declaração (Anexo B), nos forneceu a listagem dos receptores ativos na lista de espera para o transplante renal.

O cenário seria um local de escolha dos entrevistados, para lhes proporcionar melhor conforto/privacidade e o convite a estes seria por meio de contatos telefônicos com o agendamento posterior dos encontros. No entanto, percebi que não seria viável o convite por telefone, pois é o meio que a central de transplantes notifica a possível doação de órgãos e desta forma poderia fornecer esperança e posterior aflição ao receber uma ligação referente ao transplante e não ser para a sua realização. Como

também poderia deixar a pessoa e sua família preocupadas e apreensivas em aceitar a participar da pesquisa.

Então, optei por ir a uma clínica de TRS e a partir dela convidar estas pessoas a participar da pesquisa. Após abordá-las e aceitarem participar, perguntava qual o melhor local para realizar a entrevista. Por unanimidade escolheram realizar nas sessões de diálise. Relataram que as ajudaria a passar o tempo como uma distração ou que se sentiam mais a vontade na clínica do que em casa para falar sobre o transplante renal.

Tendo em vista que a clínica de TRS se torna nosso cenário de estudo, foi necessária a autorização pela mesma, através de uma declaração (Anexo C).

Esta clínica oferece tratamento através da hemodiálise, diálise peritoneal e transplante, sendo que são atendidas mensalmente 190 pessoas aproximadamente. Sua rotina consiste no desenvolvimento de três sessões semanais com cerca de quatro horas de duração, em três turnos diários na hemodiálise; na diálise peritoneal de início ocorre o treinamento dessas pessoas e seus familiares. São realizados com a supervisão da equipe de saúde e posteriormente consultas ambulatoriais mensais. No transplante o processo ocorre através das fases pré-transplante, procedimento cirúrgico e pós-transplante.

#### **4.3.2 Os participantes**

Foram 14 pessoas cadastradas na lista de espera do transplante renal. Sendo que 11 foram mulheres e 03 homens. Utilizou-se como critérios de inclusão os usuários de ambos os sexos, todas as raças, crenças, cor de pele, com idade maior que 18 anos e menor que 60 anos e que estivessem cadastrados na lista única para o transplante renal. Foram considerados critérios de exclusão as pessoas que não cumpriam os critérios de inclusão e aquelas que se recusaram a participar ou não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo III).

Mas, ao realizar as entrevistas com pessoas cadastradas na lista de espera para o transplante renal e mesmo dentro dos critérios de inclusão, foram excluídas da pesquisa, aquelas que fizeram o transplante renal, tiveram a rejeição e voltaram a



realizar a hemodiálise. Isto por que poderia ter uma diferença no significado da lista de espera para o transplante renal, em detrimento àquelas que ainda não realizaram nenhum transplante renal.

#### **4.3.3 Caminho percorrido da entrevista até sua transcrição**

Utilizou-se a técnica de entrevista aberta, por permitir diálogo e vínculo de confiança com os participantes, pois possibilitou flexibilidade e escuta ativa, perpassando pela empatia. Buscou-se desvincular de preconceitos e pressupostos acerca do fenômeno em questão (SILVERMAN, 2009).

A entrevista só foi realizada após a assinatura do TCLE, bem como explicado seu conteúdo, atendendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Para ter uma aproximação com as pessoas que estão ativas na lista de espera para o transplante renal, utilizei um período de ambiência na clínica de TRS para observar seu cotidiano e suas características como também analisar a melhor maneira para abordá-los para a participação da pesquisa (CEREZER, 2010).

A ambiência remete ao sentido concreto do aparecer das coisas a partir da qual solicitam “com” ou “para”, sendo uma questão ontológica. Desta forma, sua análise referencia a cotidianidade mediana do *ser-no-mundo* em busca de sua mundaneidade originária (CEREZER, 2010). A partir desta foi possível estar presente em momentos distintos do seu *ex-sistir*, acompanhando suas mudanças cotidianas na realização da hemodiálise, observando seus comportamentos. Percebi o desvelamento do *ser-aí* com diferentes sentimentos como alegria, tristeza, revolta, passividade, tranquilidade e aflição.

Após a ambiência fiz o primeiro contato com os possíveis depoentes na clínica para me apresentar e falar sobre a pesquisa. Eles ficavam receosos e faziam várias perguntas, como por exemplo se ela poderia interferir na sua situação na lista de espera. Após conversarmos por alguns minutos esclarecia as dúvidas e perguntava se aceitavam participar e qual o dia e local que eles queriam realizar a entrevista. Para minha surpresa todos escolheram como local a própria clínica e a realização da

entrevista no mesmo encontro ou por motivos de indisposição durante a sessão optavam por realizar em outro encontro.

Quando marcávamos para outro dia eles antes mesmo de entrar na sala de hemodiálise já perguntavam sobre a pesquisa e se poderiam responder enquanto faziam a sessão e se poderia ser no começo destas para não arriscar de ter algum mal-estar e não conseguirem ser entrevistados. Observei que após conversar e marcar a entrevistas ficavam mais acessíveis e abertos.

Estava ansiosa para desenvolver as entrevistas por saber da importância desta etapa para o desenvolvimento das demais e por tentar compreender estas pessoas ao longo de nossa conversa, mas percebi que no desenvolver da entrevista pude criar um vínculo e empatia com eles.

As entrevistas foram gravadas em MP4 e utilizei de um roteiro (Apêndice A) com as questões norteadoras: Como você vivencia a espera do transplante renal. Como você se sentiu ao precisar de um transplante renal. Que significa para você pertencer a uma lista de espera. Como você se vê diante desta lista.

Após cada depoimento utilizou-se nomes fictícios de pedras preciosas com o intuito de manter o anonimato dos participantes, foi registrado no roteiro de entrevistas dados retirados do prontuário eletrônico, referentes à: idade; estado civil; gênero; filhos; escolaridade; religião; raça; profissão; e ano de início da hemodiálise. Assim sendo, foram se estruturando a historiografia dos depoentes com a observação dos significados do quem do *ser-hemodialítico* a espera do transplante renal, pois a contextualização dos fatos compõe a suas dimensões ônticas (PAULA., et al, 2012). Estas informações estão no quadro abaixo.

**Quadro:** Distribuição quanto à idade, estado civil, gênero, filhos, escolaridade, religião, raça, profissão e ano de início na hemodiálise dos participantes. Juiz de Fora, 2014.

<p><b>ALEXANDRITA</b></p> <p>Idade: 60 anos Estado Civil: solteira Gênero: Feminino Filhos: Não Escolaridade: Ensino Médio Religião: Evangélica Raça: Branca Profissão: Manicure* Ano de início da TRS: 2011</p>	<p><b>OPALA</b></p> <p>Idade: 44 anos Estado Civil: Solteira Gênero: Feminino Filhos: Não Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Católica Raça: Parda Profissão: Doméstica Ano de início da TRS: 2011</p>	<p><b>DIAMANTE</b></p> <p>Idade: 54 anos Estado Civil: Divorciada Gênero: Feminino Filhos: Dois Escolaridade: Ensino Médio Religião: Católica Raça: Branca Profissão: Professora* Ano de início da TRS: 2010</p>
<p><b>RUBI</b></p> <p>Idade: 38 anos Estado Civil: Casada Gênero: Feminino Filhos: Um Escolaridade: Ensino Médio Religião: Católica Raça: Branca Profissão: Doméstica Ano de início da TRS: 2003</p>	<p><b>ESMERALDA</b></p> <p>Idade: 32 anos Estado Civil: Solteira Gênero: Feminino Filhos: Não Escolaridade: Ensino Médio** Religião: Católica Raça: Negra Profissão: Doméstica* Ano de início da TRS: 1997</p>	<p><b>SAFIRA</b></p> <p>Idade: 48 anos Estado Civil: Solteira Gênero: Feminino Filhos: Dois Escolaridade: Ensino Médio Religião: Católica Raça: Negra Profissão: Doméstica Ano de início da TRS: 2011</p>
<p><b>AMETISTA</b></p> <p>Idade: 50 anos Estado Civil: Casada Gênero: Feminino Filhos: Três Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Católica Raça: Parda Profissão: Costureira Ano de início da TRS: 2004</p>	<p><b>TOPÁZIO</b></p> <p>Idade: 40 anos Estado Civil: Solteira Gênero: Feminino Filhos: Três Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Nenhuma Raça: Parda Profissão: Serviços Gerais* Ano de início da TRS: 2013</p>	<p><b>ÁGUA-MARINHA</b></p> <p>Idade: 43 anos Estado Civil: Casada Gênero: Feminino Filhos: Três Escolaridade: Ensino Médio Religião: Católica Raça: Parda Profissão: Doméstica Ano de início da TRS: 2012</p>
<p><b>TURQUEZA</b></p> <p>Idade: 51 anos Estado Civil: Solteira Gênero: Feminino Filhos: Não Escolaridade: Ensino Médio Religião: Católica Raça: Branca Profissão: Autônoma Ano de início da TRS: 2011</p>	<p><b>ÂMBAR</b></p> <p>Idade: 34 anos Estado Civil: Casado Gênero: Masculino Filhos: Um Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Batista Raça: Branca Profissão: Cabeleireiro Ano de início da TRS: 2011</p>	<p><b>CITRINO</b></p> <p>Idade: 48 anos Estado Civil: Casado Gênero: Masculino Filhos: Um Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Católico Raça: Negra Profissão: Encarregado* Ano de início da TRS: 2010</p>
<p><b>QUARTZO</b></p> <p>Idade: 38 anos Estado Civil: Solteiro Gênero: Masculino Filhos: Dois Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Católico Raça: Parda Profissão: Motorista Ano de início da TRS: 2012</p>	<p><b>TANZANITA</b></p> <p>Idade: 52 anos Estado Civil: Viúva Gênero: Feminino Filhos: Seis Escolaridade: Ens. Fundamental Religião: Católica Raça: Negra Profissão: Doméstica Ano de início da TRS: 2012</p>	<p><b>Notas das autoras:</b></p> <p>(*) Aposentadoria pela condição de saúde. (**) Escolaridade incompleta.</p>

**Fonte:** Distribuição dos participantes segundo historiografia. Dissertação: O sentido do ser-portador-de-doença-renal-crônica-na-vivência-da-espera-de-um-novo-rim: contribuição da enfermagem para o cuidado em saúde. 2014. Ferreira & Salimena, Juiz de Fora. 2014.

Ao realizar o registro das informações no diário de campo no espaço destinado a observações do roteiro de entrevistas, em que anotamos a linguagem não verbal dos depoentes, expresso em gestos ou outras manifestações apresentadas, pois como aconselha Minayo (2008), esta é uma forma de enriquecimento à pesquisa ao permitir a percepção direta com exceção da interferência externa. Para Heidegger (2012) essas expressões são chamadas de comportamento, sendo utilizado como suporte para a análise compreensiva.

Em seguida foram feitas as transcrições de cada depoimento pela própria pesquisadora, buscando então apreender os significados do que expressaram e depois procedi à leitura individual de cada uma por várias vezes, para compreender a linguagem exata expressa nos depoimentos.

A coleta dos depoimentos foi interrompida quando ocorreu à aproximação das falas das pessoas. Sendo que a etapa de análise das informações ocorreu concomitante a esta etapa.

Deste modo, identificou-se as unidades de significação balizadas no pensamento de Heidegger, em que após a descrição do fenômeno vivido foram destacadas as significações, determinando a compreensão vaga e mediana, sendo este o primeiro momento metódico, em que busca explicar o fato, onde o ente se mostra. Desta forma, usou-se como fio condutor a compreensão do ser que determina a compreensão interpretativa, sendo esta, o segundo momento metódico do referencial metodológico que busca o desvelamento do sentido do ser ou fenômeno.

## **5 ANÁLISE COMPREENSIVA**

### **5.1 Construindo as unidades de significação**

Para desenvolver as unidades de significação fui me guiando pelas questões norteadoras do estudo, que expressa minhas inquietações e buscando compreender os significados da pessoa na vivência de estar na lista de espera para o transplante renal. Em alguns momentos atentei no objetivo proposto do estudo, pois ao procurar os significados, buscava a essência deste fenômeno que pela dificuldade de análise se tornava um problema para se chegar à compreensão do mesmo.

Assim, alcançar o que expressava cada depoente ao relatar sua vivência para extrair as estruturas mais relevantes, essenciais para o tema. Neste momento de análise procura-se compreender aquilo que se mostra no cotidiano, destacando os modos de ser das pessoas na espera pelo transplante renal (PAULA, et al. 2012).

### **5.2 Compreensão vaga e mediana - 1º momento metódico**

Partindo da redução dos pressupostos e preconceitos para não incorporar minhas idéias prévias, fui buscando na identificação das estruturas essenciais, o mostrar do pensamento do ser, através da análise do ente. Em que nas transcrições mantive a forma como se expressavam, com seus erros de linguagem, pois reproduzia quem são estas pessoas. Neste contexto, construí as Unidades de Significado para realizar a compreensão vaga e mediana.

#### **5.2.1 Unidades de Significação**

A pessoa na vivência da lista de espera para o transplante renal significou:

- Relatou as complicações do seu estado de saúde que levou a descoberta da DRC.
- Conversam sobre seus sentimentos com o tratamento hemodialítico.
- Refletir sobre a sua condição de estar na lista de espera.
- Conviver com a in-certeza de ser chamado na lista de espera.
- Enfrentar o impasse da expectativa da impossibilidade do transplante renal permanecendo na lista de espera.

## Unidade de Significação 1: **Relatou as complicações do seu estado de saúde que levou a descoberta da doença renal crônica**

*Faz um ano e 10 meses de hemodiálise e de tratamento faz dois anos (tratamento conservador). Assim tive muita cãibra, eu trabalhei até as vésperas de internar, tinha dores fortíssimas, do joelho pra baixo, não sentia minha perna, muito vômito e ligeira diarreia. Foi o que eu senti. **Alexandrita.***

*Nunca tive um sintoma e ai de um dia pro outro, tava aqui (pausa), mudou muito. **Opala.***

*É nossa mãe [...] é muito triste no início, porque você não conhece direito sabe. Acho que devia ser mais divulgado, assim é muita pressão, muita coisa né [...]. Acho que do ano passado pra cá já entrou mais de 30 pessoas, acho que é muita coisa sabe e devia ser divulgado pra pessoas entender. **Diamante.***

*Comecei a inchar e muito cansaço e muita falta de ar (início da hemodiálise) (pausa na fala). Ah! No início fui na médica, marquei uma consulta e ela olhou minha pressão (pausa na fala) estava 24 por 8 e ela virou pra mim e falou você vai internar agora e amanhã de manhã você vai passar um cateter e vai fazer hemodiálise. **Rubi.***

*No começo nem sabia o que era hemodiálise, achava que o tratamento era só vir aqui uma vez e acabou sabe, só ir no médico. Não sabia (risos, balançava a cabeça e pausa na fala) hum, não sabe. **Esmeralda.***

*Tinha muita dor na canela, depois quando o médico descobriu, fiquei internada 11 meis. Não sabia como é (fala da hemodiálise) [...]. Tinha muita dor nas pernas, doía muito, incha muito, ficava toda inchada [...] eu achava que ia internar e ia melhorar, que não ia fazer mais (pausa), mas ai o médico falou que eu tinha que fazer pra melhorar. **Safira.***

*Ah! Só tive uma dor na batata da perna só, ai fui no médico de família, ai acusou né, meu rins estava parado a seis meses e não sabia. É (pausa) [...]. Só fiquei sabendo depois que comecei (o que era hemodiálise). É isso. **Ametista.***

*Descobri faz pouco tempo, por causa de minha pressão ela subia demais, ai até que subiu além do limite, aí fiquei internada 30 dias no hospital, fazendo os exames e aí constatou que meu rim tinha parado, todos os dois. Aí (pausa) foi aí que comecei a fazer (hemodiálise). Não, nenhuma, nenhuma ideia (do que era a hemodiálise). [...] Pra olhar pra essa máquina demorei duas horas, pra mim conseguir olhar pra ela, ver o sangue passar nela. É horrível, muito ruim, agora tipo assim, eu tenho que viver né, tenho que viver com isso, como dizem é uma rotina agora né. **Topázio.***

Como fiquei? (risos) muito revoltada. Ah! Não, não aceitei muito não [...]. No começo não tava bom não, mais tenho que fazer (hemodiálise). Fazer o que né, tem que aceitar (a hemodiálise) e esperar (o transplante). É ruim muda muita coisa. **Água-marinha.**

Ah! Fiquei preocupada e o meu pai que me conhece também. Fiquei muito triste (saber que precisava da hemodiálise), triste, muito incomodo. Ai falei: pêra ai, ficar desesperada? Eu vi uma oportunidade [...] fazendo a diálise e fazer a fístula. **Turquesa.**

Eu estava bem e normal e de repente estava mal? [...] Não tive, não tive (sintomas da DRC), agora a única coisa que senti foi a pressão, me incomodou muito, foi muito alta 26, aí chegaram a me socorrer, não era hipertenso, estava trabalhando na rua, não estava bem e encostei o carro, pois senti uma dor que começou a crescer, foi do lado mesmo (mostra o rim) e desmaiei. Acordei estava dentro do hospital. [...] E outra coisa na época que comecei estava com muita raiva, raiva, achava que não ia melhorar, senti muito mal, mas era a minha dor e depois que fiz mais exames e tirei o cateter ficou melhor. [...] Não tinha noção sobre o tratamento, imaginava uma coisa totalmente diferente. Olha cheguei aqui praticamente desacordado (primeira sessão de hemodiálise), só vi que tinha o cateter no pescoço, nem imaginava que era isso o nosso corpo (máquina hemodialítica). **Âmbar.**

Vim fazer o tratamento (glomerulonefrite crônica) e deu que tinha que fazer hemodiálise, já tomava diurético e sempre tive problema, desde 10 anos. Ai no tratamento aqui engordei demais e cortei o remédio e deu. Tinha dor nas pernas e inchando, muita dor na perna, aí fui no médico e ele falou que era a doença e comecei a fazer hemodiálise. Achei que era muito difícil, muito difícil o tratamento, tem que aceitar. **Citrino.**

Eu passei mal, muito mal, me deu muita dor no abdome e minha anemia subiu, fiquei muito anêmico e aí fui pro hospital. Aí lá que deu a má notícia. Não sabia nada, não tinha nem idéia como era isso. E no primeiro dia eu nem lembro fiz a hemodiálise no CTI, nem lembro falo pra você. Ah estranhei, estranha sim. **Quartzo.**

Mas tive um baque. Não (pausa) nenhuma reação (quando descobriu a DRC). [...] Foi na minha cidade, comecei a passar mal, mas nada, só passei mal, tonta e assim fiz exame e vim pra cá. Faz tempo. [...] Acho assim que deveria comer bem, sem sal e beber água. Deveriam se informar né. É importante. Se as pessoas fossem assim não precisa de transplante. **Tanzanita.**

Os depoentes se mostram surpresos com a descoberta da DRC que ocorreu de forma abrupta, não apresentando sinais ou sintomas e quando presentes se caracterizaram por episódios agudos que marcaram o início de consultas, de exames e

internações resultando no diagnóstico de falência renal, sendo necessária a realização de procedimentos invasivos como o cateter e o uso da terapêutica de diálise.

Relataram que estavam bem e normal, mas de repente estavam passando mal com o desenvolvimento de sintomas como inchaço, cansaço, falta de ar, hipertensão arterial, câibras e dormência nos membros inferiores, fortes dores renais, no abdômen e nos membros inferiores, desmaio, anemia, vômitos e diarreia.

Nas suas falas destacaram que não tinham conhecimento do tratamento hemodialítico, expressando que para eles a melhora era através da realização de uma única sessão de diálise para estabilizar sua saúde ou para a cura. Demonstraram que não sabiam e nem imaginavam que a máquina de hemodiálise realizava a função renal e que para tal o sangue do seu corpo passaria por ela.

Descreveram que é difícil o tratamento e a sua aceitação apresentando sentimentos de tristeza, preocupação, incomodo, revolta e raiva. E, a utilização de expressões como: “Achava que não ia melhorar e senti muito mal”; “Eu tenho que viver né, tenho que viver com isso”; “É ruim e muda muita coisa”; “É horrível, muito ruim”. Compreenderam que o curto período entre a descoberta da doença e o início do tratamento hemodialítico trouxe mudanças em suas vidas e nesta situação sentem tensos e pressionados. Além de descrever que a dificuldade encontrada na diálise é ruim, horrível e ao mesmo tempo é um dever.

Relataram que deveria ser mais divulgado a DRC e as TRS para conscientizar a população, informando sobre a doença, o diagnóstico e o tratamento, pois não tinham o conhecimento prévio sobre o seu problema de saúde. E, que a descoberta da doença associada à TRS é fator impactante nos seus cotidianos.

## **Unidade de Significação 2: Conversam sobre seus sentimentos com o tratamento hemodialítico**

*Sinceramente não vou te mentir, no início fiquei muito assustada, minha família toda assustada, apesar que todos sabemos que era muita coisa hereditária que meu pai tinha esse tipo de rim (pausa) rim policístico. Mas muita preocupação, nem dá pra imaginar. Ah! Foi assim muito triste, nem queira imaginar e nem falar, pra mim e pra minha família. Muito triste mesmo (aumenta a entonação da voz). **Alexandrita.***



*Me senti triste. [...] Sinto medo né da hemodiálise. [...] Então não pode trabalhar mais, vim morar aqui com minha família, mudou muito* **Opala.**

*Isso aqui (pausa) o tratamento não é ruim, o problema do tratamento é a obrigação do tratamento, entendeu [...] então, você fica com muita coisa, você também não é tonto e tem que saber levar [...] É eu tenho medo sabe. Éeee o tratamento no início é uma coisa que me sentia muito mal, você chega e sente como um bichinho, ai acostuma.* **Diamante.**

*Ai meu mundo foi lá o chão (pausa) eu não acreditava nisso (olha para baixo e pausa) [...], a hemodiálise temos que fazer pra sobreviver [...]. Só que você tem que ficar.* **Rubi.**

*Assim no começo era meio tenso, mas depois me acostumei. [...] Ficar bem é sair daqui, tem um amigo meu que fez e está bem, pode sair e trabalhar. Ai a gente vê que pode ter (pausa) pode ficar bem, principalmente beber água. É difícil a vida de ter e não ter né. E assim tudo tem sua hora.* **Esmeralda.**

*Ficava nervosa, não conversava, conversava com ninguém aqui dentro, fiquei muito triste (pausa). Eu sempre trabalhei né, trabalhei (pausa), gostava de trabalhar e agora dependo dos outro. Minha irmã mora comigo, tem hora que dá pra ajudar e tem hora que não dá e assim vai indo. Vir aqui acho bom, eles tratam bem. [...] Eu lutei pra melhorar, vim fazer a hemodiálise.* **Safira.**

*Ah! É normal, apesar de ser diferente da vida de antes. Como posso te responder (pausa) pra mim está normal. Aí quando comecei a fazer não sabia como era (hemodiálise), mas me senti normal, não sinto nada, nada, já faz sete anos e não sinto nada.* **Ametista.**

*Pra mim foi a pior fase (iniciar a hemodiálise), agora que estou acostumando, agora (aumenta o tom de voz), entrei num estágio de depressão no começo, mas agora não, agora já está melhor. No começo era muito ruim, era horrível, não falava nem com ninguém, entrava aqui chorando e saía chorando, só chorando (pausa). Não me acostumava, eu achava que ia morrer, era muito ruim. [...] Mais foi muito ruim, no começo era muito ruim, nossa, a sacola só fica aqui. Porque tive que colocar o cateter no pescoço, aí não saía de casa, só pra vir. Só ia da casa pra cá e daqui pra casa, não ponha a cara de fora. Não saía porque tinha vergonha e as pessoas me perguntam, perguntavam toda hora. Nossa pra vir era uma luta. [...] Não (balança a cabeça), eu não consigo aceitar, eu convivo, porque aceitar na verdade eu não aceito não. Isso aqui é muito ruim, é horrível, mas é a única chance de viver, então tenho que me agarrar nela (pausa).* **Topázio.**

*No começo não tava bom não, agora também não, mas tenho que fazer (a hemodiálise). Não acho bom ter que sair de casa e vim pra cá três vezes na semana, ficar aqui e fincar agulha na gente (faz expressão*

de dor e mostra o braço com a fístula), a pressão baixa e passo mal menina, todo dia tem restrição e passo mal né. É ruim. [...] Há muda muita coisa (pausa) não pode comer, beber muita água, muda muita coisa. [...] Mas agora estou aceitando e fiquei bem. **Água-marinha.**

Enquanto isso, vou fazer o que tem que fazer, vir aqui (hemodiálise), que ficar aqui [...] é muita coisa e só que fico preocupada. É para sobreviver, então fico aqui. [...] fiquei muito triste (saber que precisava da hemodiálise), triste, muito incomodo. Ai falei pêra ai e agora eu levo tudo numa boa, tudo assim na brincadeira e é assim que vamos ficando. O que não vai é isso aqui hó (mostra a fistula), cãibra, mas aqui sou muito bem tratada, se eu morrer sei que fui bem tratada pelos médicos, pela equipe de enfermagem e pelas meninas da limpeza. Quando venho pra cá saio três e pouco da manhã, tenho que sair de manhã e aqui o tempo passa e fico até tarde, ai fico preocupada. [...] mas tenho medo de morrer. **Turquesa.**

A hemodiálise é uma forma dura. Ai segurei a onda e como dizem vai levando. [...] é uma coisa impressionante, porque você olha, quem está bem de saúde olha assim as pessoas e muitas vezes olha com outro olhar e não vê o que o outro está passando entendeu e depois isso muda quando ta doente. [...] Pra mim foi horrível, sente muito mal, desagradável, ter que sair correndo, então pra mim é a coisa mais horrível na minha vida [...] muito difícil, o transporte, tem que cuidar a água no corpo. [...] e fico lá mexendo em alguma coisinha na casa para não deixar de movimentar. [...] Pra mim é tudo sair daqui (hemodiálise). **Âmbar.**

Muito difícil o tratamento, a vida mudou, mudou completamente, mas tem que aceitar [...]. O tratamento é o meio de vida [...]. O organismo vai indo costuma né, agora não tem problema e faço o tratamento normal. [...] a noite já tava doido pra vir, não via a hora de chegar aqui pra melhorar. **Citrino.**

Ah! (pausa) tem que ficar esperando nela aí, na máquina [...] mas assim a tendência você sabe é tentar melhorar, se aceito a máquina é pra tentar melhorar. [...] Nossa a minha vida mudou tudo, não posso fazer mais nada, acabou (pausa) a vida acaba. Você fica dependente disso aí viu (Hemodiálise). **Quartzo.**

Assim também não posso com açúcar e aqui to bem, não passo mal (após o tratamento), só dói a cabeça. [...] Dá um medo, tipo assim, um troço ruim dá. **Tanzanita.**

Destacaram em suas falas que os sentimentos expressos por não saber e não entender o processo da hemodiálise no início do tratamento foi de medo, tristeza, tensão, nervosismo. Durante o encontro retrataram o tratamento hemodialítico como

assustador não conseguindo falar e nem imaginá-lo. Ao deparar com a sala de hemodiálise expressaram a sensação de ser “um bicho”, sendo a pior fase de suas vidas, não acreditando e nem acostumando com o procedimento por sentir seu “mundo no chão” ou por achar que iriam morrer.

Já em relação ao tratamento tem ao mesmo tempo sentimentos de ganho e perda, além de negação, revolta, depressão, preocupação, obrigação, medo, tensão, nervosismo, vergonha por ter a fístula arteriovenosa ou o cateter, incomodo e a dependência da máquina de hemodiálise.

Declararam que a hemodiálise é ruim, dura e horrível por ser necessário passar por privações, mas que com o passar do tempo, começaram a conviver e a aceitá-la, relatando que é o meio para a sobrevivência. Sendo uma luta constante para melhorar sua saúde e para conseguir permanecer na hemodiálise. Falaram que é difícil conviver com a sensação de ter e não ter suas vidas com a dependência da máquina de hemodiálise, mas que a aceitam para melhorar, pois é o meio de vida e a única chance de viver, mesmo que sua rotina possa mudar suas vidas.

Posteriormente falaram que acostumam com o tratamento e passam a ter uma vida normal, mas que continuam preocupados e com medo, referente às limitações e as mudanças no cotidiano como não trabalhar; a dependência de outras pessoas, como familiares; a rotina da hemodiálise com a frequência de três sessões por semana e a duração de quatro horas por sessão; e os procedimentos como o acesso venoso na fístula. Além de sentirem com as restrições alimentares, com a falta de beber líquido e os sintomas durante as sessões, como queda de pressão e câibras.

### **Unidade de Significação 3: Refletir sobre a sua condição de estar na lista de espera**

*O que eu penso (pausa), há minha filha sou uma pessoa muito tranqüila, muita fé em meu Deus, então não tenho assim (pausa), não fico preocupada com isso não [...] Lógico que torço pra sair, com certeza né, é o que eu quero. [...] Mas tem fila e fico esperando com Deus a hora. [...] Há eu tenho (pausa) fico assim confiante e esperando em Deus, como já te falei, mais sem ansiedade e muita tranqüila. Há minha filha deve ser muito bom por sair daqui (hemodiálise). **Alexandrita.***

A lista é boa (pausa) acho que é bom, mas é demorada (pausa) e sinto medo da hemodiálise [...]. Ai penso muita coisa né (pausa) tem que ter força, porque quero viver (pausa) viver mais (pausa). A lista tem que esperar (pausa) tem que confiar em deus. **Opala.**

A lista de espera você tem que ter paciência e tem que aceitar entendeu é mema coisa de entrar aqui (clínica de hemodiálise), tem que ter paciência e aceitar a situação, todo dia fazendo a hemodiálise, todo dia a mesma coisa. Então pra mim não (pausa) não ameaça, tenho outras dúvidas muitas, mas a fila não. **Diamante.**

É chato né (lista de espera), você não sabe quando vai sair... Ai você tem que ficar esperando, mais é a única esperança que a gente tem. Tem que ficar lá não tem jeito (pausa). Sinto que nunca vai sair, que vai demorar (pausa e com as mãos aberta a cadeira) sinto medo (choro). [...] Não tenho animo pra nada (choro). **Rubi.**

Assim me senti mais ou menos, pois é (risos), porque interessa e não interessa. Igual tem uma amiga que estava bem e foi fazer o transplante e ficou pior, mas também tem aqueles que fizeram e deram certo e está bem. [...] desamina e anima [...] A lista eu acho boa. [...] Eu me sinto (pausa), medo (pausa), mas sei lá penso em ficar bem. **Esmeralda.**

Como vivencio? (pausa e risos) me sinto bem, bem (pausa). Sabe o que eu acho? Que eu to co rim (pausa) pra falar a verdade, acho que eu to até co os dois né, doida (fala baixo e ri). Ia ficar feliz (realizando o transplante). [...] A lista de espera é boa (risos, pausa na fala). [...] Há enquanto Deus me der força vou esperando (abaixa a cabeça e aperta as mãos), fico tranqüila porque tem que ser né. **Safira.**

Ah! É normal, apesar de ser diferente de antes (vivência da espera pelo transplante). [...] Ótima (lista de espera) [...] mas como vou falar (pausa) é esperança. **Ametista.**

Como (pausa) como (pausa) há sei lá, é numa ansiedade danada, uma expectativa danada né. Do jeito que tá é uma expectativa grande. [...] Agora o transplante (pausa), o transplante não é assim, é a melhor saída, é tudo, é o que todo mundo quer. **Topázio.**

Aí fico esperando, tenho que ter calma, quando aparecer vai ser né. Acho bom (a lista de espera), acho que demora muito, mais tenho fé em Deus que vai dar certo. Fico esperando, tenho que ter paciência né. [...] porque depois do transplante vai ser melhor né, tem que ser rápido né o transplante (fica agitada na cadeira). **Água-marinha.**

É demorada né, já faz alguns meses que estou na espera, faz 1 ano (pausa) e 6 meses que estou na fila né. Como vocês dizem na fila. [...] Ah! É um porre (risos) desculpa, mas é isso (lista de espera) [...]. Eu já deixo até uma mala pronta, só ele pegar (o pai) e me trazer no Hospital (realizar o transplante). **Turquesa.**

*Olha! (pausa) Eu particularmente estou ansioso [...] Mas agora estou tranqüilo, mas antes ansiedade na hora, naquele momento você acha que vai ter uma ligação, que vai receber uma ligação um dia ou menos dia, mas agora não tem hora, aí tem que esperar, mas muito ansioso, muito ansioso mesmo. [...] sentimento muito forte, muito (quando descobriu), foi um abalo assim no calor das coisas passa muita coisa na mente: na vida, em tirar (pausa), na doença, em doar e não doar, realmente dá pra ter muito medo, também na cura, em fazer besteira. Só que eu fui um pouco pra frente e voltei um pouco atrás porque eu pensei mais na minha filha e pq ela tem três aninhos, e agora eu fazer uma besteira não vai valer a pena, eu penso muito nela sabe, agora então o sentimento é muito forte, muito forte. [...] medo, pouco de medo. Assim a lista do transplante você está lá, mas não sabe quando sai. Você busca ficar ali. Eu quero muito (transplante), mas tenho um medo muito forte, que você fica ansioso ao mesmo tempo e depois você vê e ouve algumas conversas entre colegas como: não meche com isso nada, põe um rim aí e você morre aí e pronto. Aí você tem que tirar uma conclusão, aceita ou não. [...] Tem muito significado, pra mim é tudo é sair daqui (hemodiálise). **Âmbar.***

*Ah! A espera de fazer, ruim e foi muito ruim (hemodiálise) e não sabia como foi o tratamento. [...] Não tem um ano não (cadastrado na lista). Demora porque tem que aguardar, é um castigo. [...] Quando você faz o transplante certo tem mais chance, tudo, tudo muda. O transplante e a lista de espera têm ainda uma opção. [...] Não teria a fila e nem a hemodiálise. **Citrino.***

*Bom não é não né. Não tem dia e tem que ficar esperando nela aí, na máquina. Bom não é não. Faz dois anos que estou esperando. [...] Nem sei te explicar direito não (pausa) eu sei que preciso ficar esperando. Sei da espera e é triste. [...] A espera é muito ruim, muito difícil. [...] O significado é medo, cansaço de esperar nisso aqui. **Quartzo.***

*Ela é demorada né (pausa). Ah! É parada (a lista de espera) e tem que esperar. **Tanzanita.***

Os depoentes percebem a lista de espera como um fator positivo e importante, sendo esta ótima ou boa por trazer a esperança de mudar os aspectos de suas vidas, como também a expectativa e a vontade de viver. No entanto ao longo do discurso foram assumindo posições negativas sobre ela, como sendo chata, maçante, incômoda e demorada sendo associada à imprevisão de quando terá a chance de realizar o transplante e a insegurança de não ser “chamada” na lista de espera.

Mas, expuseram que precisam ter paciência, fé, força, calma, tranquilidade, ânimo e aceitação da atual condição de saúde, do tratamento hemodialítico e da lista

de espera. Bem como, o suporte em Deus para aguardar a espera com confiança, sem dúvidas e com esperança. Mostraram-se com certo conformismo sobre este período em que aguardam o transplante, sendo que pertencer à lista não preocupa e nem ameaça. Por que ela é importante por trazer esperança quanto a modificação de suas vidas e por aumentar a expectativa de vida, como também felicidade por associar a lista com a realização do transplante.

Ocorreram também sentimentos de frustração e desânimo quanto sua impotência perante a lista de espera e medo marcado pela insegurança quanto a hemodiálise; a melhora de sua saúde sem a realização do transplante; a morte. Além de expressarem que apresentam ansiedade e que às vezes não pensam direito por apresentar um sentimento muito forte que não conseguem explicar, mas que ficam abalados e passa vários pensamentos como na vida e em tirá-la, na doença, na doação e na cura.

Apresentaram como significado da lista de espera medo, cansaço, tristeza e dificuldades. Expressaram em suas falas que o fato de aguardar é ruim e um castigo. Mas, buscam ficar nela, pois representa a possibilidade de parar de fazer hemodiálise, sendo tudo o que eles querem e por ela ser necessária para a realização do transplante.

O transplante é visto como bom, sendo a melhor saída e o que todos querem. Mostraram ter conhecimento sobre o processo para a sua realização, expressaram que vêem em outras pessoas o acontecido, porém não o reconhecem como um evento próximo e por tanto apresentam uma angústia, um medo muito forte de ter que continuar na hemodiálise.

*Então (pausa) te falar que é fácil não, é difícil, nessas horas o tempo passa, mas é (pausa) confiando em Deus, sempre. **Alexandrita.***

*O que você acha que é melhor o transplante ou não fazer?... Essa é a dúvida,entendeu, é essas que são as dúvidas que fica na cabeça, tem hora que eu quero e tem hora que não quero.Tem que ter paciência e aceitar a situação, todo dia fazendo a hemodiálise, todo dia a mesma coisa. [...] E como tenho que fazer também tem milhões precisando fazer também, entendeu. **Diamante.***

*A hemodiálise temos que fazer pra sobreviver [...] para mim é ruim, fico*

cansada de ter que fazer [...] não o transplante. Mas sinto que nunca vai sair, que vai demorar (pausa e com as mãos aberta a cadeira). **Rubi.**

A lista eu acho boa porque tem muitas pessoas que precisam como eu e muitos amigos que estavam lá e já conseguiram né. [...] Mas Deus sabe a hora certa né. **Esmeralda.**

Espero então na fila mais um ano, mais (pausa) e tudo mais. [...] Mas tem hora que não quero, faz medo (aumenta o tom de voz). **Safira.**

Demora bastante (lista de espera). Ai a gente fica frustrada bastante, é muito importante, quem está aqui é quem sabe, é uma espera muito grande, muito grande, muita expectativa de viver (pausa) [...] estou na fila (pausa) se sair um (pausa) é o melhor né, eu preferia se saísse um (rim) de alguém que falecesse, mas se não tiver a gente vê (risos). [...] Então tem pessoas que não pode mais, mas pra gente que ainda dá, é o que a gente quer, pra mim é minha última esperança e a única (aumenta o tom de voz) é sair daqui. **Topázio.**

Há muda muita coisa (pausa) tem a lista de transplante né [...] tem que esperar, aguardar (pausa) ser chamada, aí falei, rapidinho vai sair um doador né (pausa), faz um ano e cinco meses, um ano e cinco meses já (aumenta o tom da voz). Mas vamos ficar na fila né. **Água-marinha.**

Nada, nada é bem diferente (hemodiálise), eu por exemplo sinto mal e só em casa, e com o transplante tem a possibilidade de sair, então vou procurar né. [...] Mas é aquele negócio gelado, que você não sente bem e é carregado, mas to aqui, tem que pensar grande e ter muita fé naquele cara lá de cima, que é Deus, porque Deus filho da virgem Maria nada é impossível (choro), nada. **Turqueza.**

A lista de espera olha eu concordo sim, mas onde estou no meu lugar, a gente vê tanta gente que está mais necessitado do rim, sei todo mundo em baixo. [...] Eu via muitas pessoas comunicar comigo: que você não pode desistir, porque tem gente pior e realmente eu parei e refleti um pouco analisei e agora eu fazer uma besteira não vai valer a pena. [...] A família podia ajudar, dar apoio, assistência. A maioria aqui é mais ou menos o meu caso, a família não quer doar, mas tem familiar que oferece pra doar e gente aqui recusa que não quer parente aqui (hemodiálise). Tinha que pensar então pare e analisa, estão ocupando espaço da gente na lista, é ruim, te falar a verdade não concordo. **Âmbar.**

Bem é a única coisa pra acertar tudo é ela (lista de espera). [...] Ah tenho vontade de fazer né, se fizesse o transplante com certeza mudaria a rotina. **Citrino.**

A lista é preciso ter, mas esperar que é o problema. Acho que tinha que ser mais rápido, mas também tem muita gente esperando e precisando. [...] **Quartzo.**

*Acho que está tudo bem (pausa) assim né. (pausa) [...] Mudou tudo. O que eu faço? Não posso fazer nada. Dá um medo. **Tanzanita.***

Os depoentes fazem questão de significar seus sentimentos utilizando-se de expressões que apreendem suas expectativas sobre o transplante, em que experimentam a “sensação de demora” e “como se nunca sáísse o procedimento” tão esperado. Nestes modos de ser revelam que a demora da lista de espera acaba por acentuar a indefinição dos seus sentimentos como a dúvida de realizar ou não o transplante, angústia e intensa ansiedade pela incerteza de quando terão a oportunidade de realizar o procedimento, sem ter a previsão de tempo que irá levar para conseguir e ao mesmo tempo paciência e aceitação da hemodiálise e do seu cotidiano e a frustração da espera associada à esperança de pertencer à lista e a expectativa de viver.

E, ao mesmo tempo expressaram compaixão ao fato de precisarem e querer tanto o transplante e ao mesmo tempo observar e torcer para que seus amigos e outras pessoas que estão na mesma situação que elas têm a chance de receber o órgão tão esperado. Também, expressaram que a pesar de concordar com a lista de espera observam que algumas pessoas estão mais necessitadas do que outras e este fato associado ao fato que algumas pessoas poderiam receber o rim de um familiar, mas se recusam a aceitar gera discordância entre eles, no sentido de que estariam ocupando espaço de outros que não têm tal opção devendo ser analisado e pensado uma solução.

#### **Unidade de Significação 4: Conviver com a in-certeza de ser chamado na lista de espera**

*Minha filha deve ser muito bom, primeiro por sair daqui, e você ter (pausa) uma vida assim normal [...] agora que estou entendendo, [...] a gente sente assim (pausa) limitada, é muito difícil. **Alexandrita.***

*Acho que é bom (ser chamado na lista de espera), com o transplante ia sentir bem (pausa), haaa ele seria bom. **Opala.***

*Minha sorte que quando cheguei lá no hospital [...] né, o que acontece...*



*lá tinha, já tinha a opção de erro (aumenta o tom de voz). Então eu vim por que fui chamada, foi até o Dr. [...], que me telefonou, que era pra mim vir. Aí eu (pausa) a gente é tãoooo (balança a cabeça), acabei pensado assim que era meu. Você está me entendendo (pausa) então eu vim pensando que era meu (o transplante renal). [...] Aí quando cheguei aqui e vi aquele monte de gente na mesma situação que eu (para fazer o teste de compatibilidade HLA), aquilo foi ótimo, porque me deu uma quebrada, aquilo me alertou entendeu. **Diamante.***

*É a única esperança que a gente tem. [...] Então qualquer hora que me chamar pra fazer o transplante eu vou. [...] Nossa o transplante é um sonho (pausa e ri), entendeu é um sonho (pausa), é (pausa) poder viver (choro). **Rubi.***

*Já (pausa) fiquei animada, animada pra fazer o transplante, eu estava aqui né (na hemodiálise) e o doutor veio me falar que podia sair o transplante [...]. Assim teria corrido o risco e a família inteira também [...] porque aí a gente vê que pode ficar bem. **Esmeralda.***

*la ficar feliz (pausa). Há eu até tenho (pausa), voltar a trabalhar (pausa), trabalhar (o mais importante com a realização do transplante). O transplante é bom, ia ficar feliz (pausa). [...] Que eu to tão tranqüila, pra ficar né. Antes vivia chorando, pra falar verdade (pausa) nossa queria tomar até veneno, vivia tremendo, tinha depressão, não morri porque Deus é muito bom. Eu lutei pra melhorar, vim fazer a hemodiálise. **Safira.***

*Já fui chamada quatro vezes, mas não fui compatível (desvia o olhar). Fiquei esperançosa de fazer, mas não deu certo (ao ser chamada). **Ametista.***

*Aqui a gente fica muito restrita, a gente tem que vir, tem que ligar, tem uma restrição grande de alimentação, de beber água (pausa), na hemodiálise a vida da gente muda [...] Tem que vir, lógico, é obrigada, mas seria diferente. É diferente no transplante você vem aqui, colhe um exame e consulta com o médico e vai embora, aí a vida da gente continua é a melhor saída, é tudo, é o que todo mundo quer. [...] Enquanto isso também estou na fila (pausa) se sair um (pausa) é o melhor. Ia mudar tudo, acho que é um passo muito grande. **Topázio.***

*Com o transplante (pausa) há mudaria ia ficar melhor pra gente, num ia vir aqui, ia mudar minha vida com o transplante. [...] aí fico esperando, tenho que ter calma, por que quando aparecer vai ser. [...] Depois do transplante vai ser melhor, tem que sair rápido o transplante (fica agitada na cadeira). **Água-marinha.***

*Depois de um mês (na lista de espera) que o médico me chamou antes não tinha. Se eu me lembro, ele falou do transplante renal, explicou como ia ser depois da cirurgia, como ia ser no quarto e depois ia fazer, ia ficar com o transplante pra sempre. Com o transplante tem uma possibilidade (pausa). [...] Mas o transplante é estressante, tem que ir*

*e quando vou internar, meu pai fica aqui (balança a cabeça) e depois vou direto (da sessão de hemodiálise) [...] e lá (hospital) tem monte de gente pra fazer o exame. Lá tem uma ficha minha lá e tem que ir de acordo com o pedido. Assim me senti bem. **Turquesa.***

*Já fui chamado na lista de espera e me mostraram mais ou menos sobre e fiquei bravo. Olha quando me chamou na verdade não estava muito legal, estava internado, me falaram que eu ia fazer o exame e não teria o rim, então pra que? Para que fazer? Então não ia adiantar nada, se fosse um doador preparado pra mim eu ia na hora. Te falar a verdade, a lista tá demorando e você estar no leito, doente e chateado e ter que escutar algumas palavras pra mim não dá, não são ignorante mas é a realidade e não dá. Falo pra você que ninguém é capaz de chegar na pessoa e oferecer a ser um doador. [...] Eu (risos) olha eu não sei, é como estou te falando eu tento me controlar, mas eu só penso nisso, quando eu ouço, eu fico assim agitado e tal. E quando vejo que na verdade não é nada disso, não é pra mim, fico assim (pausa) olhando, aí vou pra fila mesmo e tem que ir. **Âmbar.***

*Não fui chamado ainda não. Fico esperando porque depois tem que fazer os exames. Tem colega meu que entrou e saiu há muito tempo (na fila de espera), ficava aqui e passava um mal, mal mesmo, e ele agüentou e agora vejo ele bem. Tem que ter controle. Sim (ser chamado na lista de espera), hum penso no transplante e fico satisfeito. **Citrino.***

*O transplante a gente espera que sai de primeira, não é mole não [...] mas a esperança é de melhorar [...] É, melhorar não melhora mais, sempre vai ficar nesse ritmo aí (pausa) só se fizer o transplante né, mas do tratamento você nunca vai ficar livre. **Quartzo.***

*Não fui chamada (lista de espera), mas é a cura (transplante). **Tanzanita.***

Os depoentes que já tiveram a possibilidade de ser chamados na lista de espera retrataram os sentimentos que tiveram ao ter a ligação de algo tão esperado como a disponibilidade do órgão, expressando alegria, esperança e animação. E, os que esperam ser chamados pela primeira vez descrevem que a ligação seria algo bom, por representar a saída da hemodiálise e a volta para uma vida normal e tranquila. Expressaram que a sensação seria de felicidade e de bem-estar.

Ao pensar no transplante ficam satisfeitos, mas colocam que deve ter o controle sobre o que se pensa para não ficar agitado, pois na espera deve-se ter calma, por que quando aparecer o transplante vai ser a hora certa.

Mas, também expressaram o momento dos exames imunológicos como sendo

um período de reflexões sobre todo o processo, pois ao ser chamado na lista de espera pensam que o órgão já é seu, mas tal momento serve de amparo e de alerta, pois nesta etapa são chamadas várias pessoas que podem ser os possíveis receptores do transplante renal. Para eles, mesmo sendo uma possibilidade estes procedimentos são estressantes, por que não têm a certeza que o órgão será deles, assim ficam se perguntando se tais exames são necessários, pois na maioria das vezes na sua realização estão debilitados, como também se sentem mal e limitados.

Destacaram que o transplante é um sonho e a única esperança para poderem viver, sendo que a qualquer hora que chamarem para o procedimento eles estão preparados. Pois, representa ficar bem, melhorar a saúde e a continuação de vida, voltar a trabalhar, não ter restrições alimentares e líquidas, bem como diminuir a dependência do tratamento.

*Mas da outra vez (pausa) eu estava em casa, ai foi de novo, saiu pra mim de novo, a menina me ligou e eu peguei e recusei. Pensei, pois é (pausa), eu não quero, eu vou morrer. Ai pensei (pausa) não quero, não quero, não quero. Na hora que a menina ligou falei pra ela, espera um pouquinho que eu vou pensar e depois te ligo [...]. Depois de uma hora, sei lá, pensei que não era pra mim (pausa) e depois que devia ter feito, ficar livre da máquina, estar bem. **Esmeralda.***

*Mas tem hora que não quero, faz medo (aumenta o tom de voz). Eles faz medo na gente, pode dar isso, pode dar aquilo, aquilo. Pode dar alguma coisa (pausa), eles falam pode pegar, dar problema no rim (rejeição do transplante), há não mais problema não. Se for dá prefiro ficar aqui. **Safira.***

*Por um lado tenho medo (pausa), tenho muito medo e por outro não (pausa). Ah! Da cirurgia, da rejeição, tenho medo de morrer, das complicações. O médico sabe mais que a gente, mais a gente sabe (pausa) e o enfermeiro também. Então (pausa) até machucado não gosto de ver, é geralmente eles que sabem fazer essa parte (mostra a sala de hemodiálise), mas o transplante renal tenho medo de morrer, de fazer e não dá, tenho um pouco de medo. **Turqueza.***

Os depoimentos expressam a motivação para desconsiderá-lo como uma possibilidade terapêutica, pois o transplante renal é percebido como um procedimento de risco que envolve complicações no ato cirúrgico e após o procedimento, gerando angústia e medo da cirurgia, da morte e das complicações do transplante renal. Mas, a

incerteza do insucesso associado à esperança de melhoria de vida gera a possibilidade de modificar a decisão passando a não querer realizar o transplante renal para a decisão de querer realizar e conseguir viver sem a dependência da máquina de hemodiálise, sendo a decisão indefinida e ambígua.

*Acho que se fosse mais exposto e divulgado a doença e o tratamento entendeu. Pro paciente, pra família, pra todos, tinha que ser muito divulgado, sabe, ter palestras e na televisão. Eu já fui chamada, só que na hora da prova cruzada não deu. Acho que devia ser mais divulgado, assim é muita pressão, muita coisa né. **Diamante.***

Perceberam a importância da informação sobre sua doença e as formas terapêuticas, como os testes e exames para tal procedimento. Destacam em suas falas que a divulgação deveria ser maciça abrangendo o paciente, a família e toda a população. Além de ser importante o aumento da divulgação nos meios de comunicação através de palestras e na televisão para estimular a captação de possíveis doadores de órgãos.

Relataram que neste período surgem várias dúvidas e sentimentos, sendo importante não só a divulgação, mas também o entendimento da DRC e todo o seu processo terapêutico, visto que passam por várias situações conflitantes e estressantes.

#### **Unidade de Significação 5: Enfrentar o impasse da expectativa da impossibilidade do transplante renal permanecendo na lista de espera**

*Mas muita preocupação, nem dá pra imaginar. Assim é muito triste, nem queira imaginar. Muito triste mesmo. **Alexandrita.***

*Nossa fiquei muito mal, nossa fiquei muito frustrada (incompatibilidade na prova cruzada) [...] mas depois foi muito frustrante, entendeu, eu só não chorei e não fiz nada, porque tive que segurar a barra das minhas filhas (pensativa com o olhar para baixo) [...] eu fui chamada no domingo, aí assim uns três dias a gente fica meio pra baixo, depois sabe ficou normal. Na segunda-feira aqui cheguei, ainda falei assim, brinquei com as meninas, eu fui no auge e depois cai, entendeu, sabe, vai láaaa em cima, é como aconteceu, mas assim, depois não (balança a cabeça e começa a rir). **Diamante.***

*O transplante renal é lógico que eu quero (fala decidida e pausa a*

conversa), é uma opção que eu tenho. Ou faz o transplante ou enfrenta a máquina ou espera a morte. [...] Muda tudo (pausa) tudo (pausa), a vida pessoal (pausa) eu (pausa) não faço as mesmas coisas que fazia antes (pausa), antes de ficar doente. Não tenho animo pra nada, alias o emocional mesmo já meche né. **Rubi.**

Aí fiquei animada, animada, animada, mas lá tem uma prova cruzada e não foi pra mim. Ai, falei que não era pra mim e fiquei normal. Mas da outra vez [...] ai então (pausa) liguei pra passar pra outros (fala do órgão para o transplante). [...] Igual dessa última vez que saiu pra mim, mas não era pra mim, tudo tem sua hora. Deu é quem sabe. Eu senti um aperto no peito. Não era pra mim. Ela falou que o coração tava muito ruim e apertado (sua mãe). Eu não estava querendo fazer e ela ainda fala isso, meu julgamento foi lá para baixo, não tive calma. **Esmeralda.**

Muito triste (pausa). Eu tenho um casal de filho e tem medo e eu também morro de medo. Já falei com ela imagina nois lá dentro (na hemodiálise), espero então. Ah! Enquanto Deus me der força vou esperando, fico tranqüila porque tem que ser. Mas tem hora (pausa). **Safira.**

O que eu pensei? (pausa) Ah! Eu não lembro direito, não é raiva, mas como vou falar (pausa), era esperança. Mas chega na hora e não dá (prova cruzada). Sem ser raiva o que é? (pausa) Não lembro não (balança a cabeça como sinal de negação). **Ametista.**

Não. Eu não consigo aceitar, eu convivo, porque aceitar na verdade eu não aceito não. Ter que viver com isso aí (máquina de hemodiálise), porque quatro horas ligado aqui eu falo que não e pra qualquer um não. É muito ruim, tem dias que está bem e tem horas que (pausa) e tem horas que não tá, na mesma hora que está conversando está passando mal, uma hora a pressão tá boa e depois cai demais. Ah! Não, eu não consigo aceitar. Como dizem é uma rotina, se tornou uma rotina, até o transplante. Do jeito que tá é uma expectativa grande. **Topázio.**

Ah! Fui chamada (na lista de espera), mas tava com probrema de saúde, muita falta de ar, ai não pude fazer. Ai fiquei triste. [...] mais tenho fé em Deus que vai dar certo. **Água-marinha.**

Mas desse jeito o que eu posso fazer (pausa), e enquanto isso, vou fazer o que tem que fazer, vir aqui (hemodiálise), ficar aqui, muita coisa é para sobreviver. O meu pai esta a par de tudo e faz de tudo, tudo, depois daqui (início da hemodiálise) moro com ele. [...] Fiquei preocupada. É aquele negócio gelado, que você não sente bem e é carregado, mas to aqui (hemodiálise) tranqüila, tem que pensar grande e ter muita fé naquele cara lá de cima, que é Deus, porque Deus filho da virgem Maria nada é impossível (choro), nada. Fiquei muito triste, triste, muito incomodo. **Turqueza.**

Eu (risos) olha eu não sei, é como estou te falando eu tento me controlar, mas eu só penso nisso, quando eu ouço eu fico assim

*agitado e tal e quando vejo que na verdade não é nada disso, não é pra mim fico assim (pausa) olhando, aí vou pra fila mesmo e tem que ir. [...]  
Mas aí fico um pouco chateado, um sentimento muito forte. **Âmbar.***

*Hum! Mal (por precisar do transplante). Tem que ficar torcendo pra chegar aí e não chegar mais gente, não aumentar o número e com prioridade. A fila é sem noção é muito mesmo. **Citrino.***

*Se não der pra fazer vai ser uma droga né. Mas tem hora que não penso não, se pensar estou enrolado. [...] Dá uma ansiedade grande, você fica na expectativa, porque é um jogo que pode da certo e às vezes pode não dar também né. **Quartzo.***

Com a impossibilidade do transplante renal por critérios de seleção do receptor, estes vivenciam um momento de preocupação, tristeza, frustração, insegurança, desânimo, ansiedade e medo, como também a perda da esperança por um determinado momento com relação à realização do procedimento, pois este se mostra distante e inacessível e ao mesmo tempo expressa grande expectativa, agitação e torcem para que sua classificação na lista de espera não abaixe por aumentar o número de inscritos com prioridade. Sentem-se muito mal, por que em um determinado momento pensam que estão conseguindo o que tanto queriam e no outro voltam para a mesma condição de espera, em que experimentam momentos em que estão bem e outros que não estão.

O ato de realizar o transplante pode trazer modificações nas suas emoções como a incerteza da cirurgia gerando a recusa do mesmo, por achar que não era à hora certa e por não ter calma. Mas, expressaram que existe um momento de adaptação marcado pela aceitação da não realização do transplante e pela esperança de ter a possibilidade de ser chamada novamente na lista de espera dando a eles um período de tranquilidade. Além de fortalecerem para fazer o que for preciso para continuar lutando na hemodiálise e se manter na lista de espera.

### **5.3 Fio condutor da interpretação**

Ao realizar a compreensão vaga e mediana foi possível elaborar o conceito do vivido e vivência das pessoas com DRC através da anunciação dos seus significados, expresso pelo fio condutor para a compreensão do conceito do ser, desvelando os

sentidos do *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante-renal*.

Desta forma, “guiada pelo fio condutor da questão do ser é possível significar essa compreensão do ser obscura e não esclarecida” (HEIDEGGER, 2012, p.48), significam que são importantes as complicações do seu estado de saúde que levaram a descoberta da DRC, como o diálogo a respeito de seus sentimentos com o tratamento hemodialítico e suas reflexões sobre: a sua condição de estar na lista de espera; a incerteza de ser chamado na lista de espera; e o enfrentamento da impossibilidade do transplante renal permanecendo na lista de espera.

#### **5.4 Compreensão interpretativa – 2º momento metódico**

A compreensão vaga e mediana apontou os significados expressos pelo *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante-renal*, evidenciando a compreensão daquilo que eles deixaram mostrar, que são os fatos ônticos emergindo o conceito da vivência construído pelas unidades de significação.

O fio condutor guiou o movimento analítico em direção da compreensão interpretativa ou hermenêutica que consiste em desvelar os sentidos ofuscados pelos significados aparentes do ser. Assim, busco clarear a interpretação fenomenológica, que segundo Heidegger

“Desvendando-se o sentido do ser e as estruturas fundamentais da presença em geral, abre-se o horizonte para qualquer investigação ontológica ulterior dos entes não dotados do caráter da presença” (HEIDEGGER, 2012, p.77).

Portanto, a compreensão do sentido que tem a abertura para o Ser, que para HEIDEGGER (2012, p. 212-3), “sentido é aquilo em que se sustenta a compreensibilidade de alguma coisa, podendo na abertura compreensiva articular-se e a estruturação do projeto por uma perspectiva prévia, sendo a partir dela que algo se torna compreensível como algo”, o sentido que determina a interpretação do fenômeno na esfera ôntica tanto na objetividade como na subjetividade da pessoa que está na lista de espera para o transplante renal. Desta forma, eles anunciam suas possibilidades nos diversos modos de disposição revelando e desvelando facetas do fenômeno interrogado.

Então, compreender o modo de ser das pessoas na lista de espera requer uma interpretação ôntica dos fatos do seu *ser-no-mundo* para captar o ontológico e realizar sua transcendência interpretada pela visão prévia do ente como a posição da ciência sobre o fenômeno.

Para emergir o conceito de ser anunciado no modo de *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante*, indica um *cotidiano* que para Heidegger,

“O modo de ser em que a presença, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, se mantém [...] indica um determinado como da existência que domina à presença em seu “tempo de vida” [...] “Na maior parte das vezes” o modo em que a presença nem sempre, mas “via de regra”, se mostra para todo mundo [...] O modo como presença “vive o seu dia”, quer em todos os seus comportamentos quer em certos comportamentos privilegiados pela convivência [...] é um modo de ser ao qual pertence a manifestação pública” (HEIDEGGER, 2012, p.460-1).

O *cotidiano* se manifesta: pela rotina da hemodiálise por problemas físicos expressos por inchaço, cansaço, falta de ar, hipertensão arterial, câibras e dormência nos membros inferiores, fortes dores, etc; (in)decisão de estar na lista de espera e realizar o transplante renal, disposição para voltarem o que era antes da doença. Sendo o dia-a-dia permeado por sentimentos de tristeza, preocupação, incômodo, revolta, raiva, pressão e tensão com o tratamento hemodialítico; esperança, paciência, força, aceitação, frustração, ansiedade e medo perante a lista de espera; e esperança, felicidade com a possibilidade do transplante renal.

Mas, percebem que o tratamento hemodialítico que proporciona a sua sobrevivência ao mesmo tempo traz consigo problemas físicos e emocionais. Declaram que existe a sensação de ganho e perda na sua vida, sendo uma constante luta a rotina da hemodiálise e a busca para melhorar sua saúde. Para eles a lista de espera anuncia um novo modo de *ser-hemodialítico* que é desconhecido anteriormente.

Neste sentido, mostra-se um *ser-aí* em um mundo que já está dado e sem escolhas. Em que o domínio público é o local de todos e de ninguém, sendo então o espaço do “nós” em que o cotidiano é comum e familiar. Não se percebem sendo dominados pela cotidianidade e nela repetindo sempre as mesmas coisas (HEIDEGGER, 2012, p.184). Desta forma, a *publicidade* proscreve a decisão dessas



peças em um projetarem-se para a busca de voltar a ser saudável, se mostrando no modo impessoal, sua compreensão não é de si mesma, mas do que está lançado no dia-a-dia e aberto para todos.

Na *publicidade* ele é eles e ninguém, pois todos são portadores de DRC que utilizam a mesma terapêutica (hemodiálise) os mesmos remédios e exames e o mesmo processo de classificação da lista de espera. Porém, nem sempre satisfaz suas necessidades, pois tal rotina não os liberta da angústia em que se encontra.

O ser-hemodialítico recorre à equipe de saúde, principalmente ao médico para que este possa melhorar sua qualidade de vida, ditando: as horas da filtração hidroeletrólítica na máquina de hemodiálise; a regulação da ingestão de líquidos e alimentos; a prescrição de medicamentos para dores, hipotensão, diabetes, etc; e a inclusão ou não na lista de espera. Diante desta facticidade da cotidianidade ele não é ele mesmo, ele não se responsabiliza, estando lançado na decadência, que segundo Heidegger (2012, p.237), “constitui justamente um modo especial de *ser-no-mundo* em que é totalmente absorvido pelo “mundo” e pela co-presença dos outros no impessoal”. Então, ele não chega a compreender quem ele é, mas compreende que por possuir uma doença crônica e fatal se não tratada, sua vida depende das ações que realizam como a manutenção do *modo de ocupação* voltada para as atividades impostas pelo cotidiano e de ser responsável pelo seu próprio bem estar.

“O modo de ser do falatório é desvelado e compreendido pela comunicação não originária, em que se repete e passa adiante a fala, sendo que esta não alcançou a referência ontológica” (HEIDEGGER, 2012, p. 227). Neste sentido, a pre-sença se relaciona com o mundo, reproduzindo a fala dos profissionais de saúde, a linguagem técnica que não é dele, pois a repetição dos termos ocorre por não compreender e por estar às falas inseridas no dia-a-dia do ente, como fazer a fístula; tive depressão; e na hora da prova cruzada.

Então, compreende de forma inadequada o que é de fato do que se fala tecnicamente. Na *tagarelíce* “o falar por falar pode esconder o sentido das coisas, permeado pela medianidade reproduzindo o que lhe foi dito, compreendendo de acordo com sua necessidade ou incomodo afastando-se do sentido originário” (HEIDEGGER, 2012, p 105). Sendo assim, a mensagem que eles aprendem da fala da equipe de

saúde é que se não realizar o transplante pode acontecer algo, sendo ameaçador e ao mesmo tempo libertador por associar o transplante como o elo para voltar à vida como era antes. Expressaram por “você fica com muita coisa [...] sente como um bichinho”; “única chance de viver”.

Além da tagarelice, houve a burocracia expressa por dias de hemodiálise, os exames para acompanhamento ambulatorial e para estabelecer aptidão para o transplante, a classificação na lista de espera e os critérios para a colocação e classificação na lista de espera.

Na vivência de ser-hemodialítico deixa-se dominar pela cotidianidade em que na convivência com os outros entes no mundo manifesta comportamentos e falas, que na maioria das vezes ele não é, sendo o que os outros falam que ele é. Se mostrando no “modo próprio do ser do cotidiano que é a inautenticidade e da impropriedade ao se desconsiderar como ser de possibilidades” (HEIDEGGER, 2012, p.179). Portanto, no modo de ser da inautenticidade a pré-sença não é ela mesma, vive e age guiada pelo outro, onde não tem poder de decisão por permitir que outrem decida seu dia-a-dia, transferindo sua responsabilidade e o seu próprio cuidado. Para Heidegger (2012, p.187) significa que “*numa primeira aproximação*, a presença fática está no mundo comum, descoberto pela medianidade. *Numa primeira aproximação* “eu” não “sou” no sentido do propriamente si mesmo, e sim dos outros nos moldes do impessoal”.

Nesse modo de ser projetam o *tempo fenomenológico* que “é a possibilidade de ser, de observar e de compreender como ser de possibilidades” (Heidegger, 2012, p.48). Neste sentido, a hemodiálise e a lista de espera é vivência que permeia a sua existência após a descoberta da falência renal. Este passado é presente e futuro, por relatarmos: a descoberta da DRC; o primeiro contato com a máquina hemodialítica; o tempo das sessões; e os fatos vividos na lista de espera. Evidencia que hoje e amanhã ela estará na lista de espera e no tratamento hemodialítico até a possibilidade de realizar o transplante renal, faz um movimento de volta ao tempo remetendo ao momento de vivência que não irá esquecer, sendo presente em seu *ex-sistir*.

O *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera* sente-se limitado ao depender dos outros. Antes ele se via como *ser-com*. Para Heidegger (2012, p.177) o “*ser-com* é uma determinação da própria presença e também da co-presença quando se encontra com

os outros, sendo libertador da possibilidade do ser-aí para o *ser-aí-com-os-outros*". E, neste movimento se consideram *ser-hemodialíticos-na-lista-de-espera-com* familiares, amigos e profissionais de saúde. Eles falaram das coisas de sua casa, de pequenos afazeres domésticos, do convívio com: outras pessoas portadoras de DRC; os familiares; profissionais de saúde; a instituição hospitalar para exames do transplante e a clínica de hemodiálise.

Portanto, estamos em constante interação com os outros seres-aí, pois somos todos *ser-com-o-outro*. "Essa preocupação que, em sua essência diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela" (Heidegger, 2012, p.179).

Neste sentido, eles no seu modo de ser são entes no cotidiano, que para Heidegger (2012, p.42) "é tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é também o que é como nós mesmos somos. Ser está naquilo que é e como é". Como entes convivem com os outros seres-aí que se percebem como tais, *sendo-com* eles no modo deficiente, por perceberem apenas seus aspectos físicos e esquecendo-se dos aspectos emocionais. Em que determinam o que eles devem ou não fazer como: não pode ingerir líquidos; deve fazer corretamente as orientações; tem que tomar os remédios e ir à hemodiálise; tem que esperar a ligação para a possibilidade do transplante.

Então, vivem sendo controlados pela relação com os outros e sendo ameaçados por sinais e sintomas da DRC e da terapêutica, como também pelo não controle de quando será realizado o transplante. Buscam voltar a ser o que era antes, na condição que aparentemente percebia como original.

Demonstraram querer tomar conhecimento sobre a doença e tratamento e isso é modo da curiosidade. Segundo os depoimentos: "No começo não tava bom não, mais tenho que fazer"; "animada, animada pra fazer [...] o doutor veio me falar que podia sair o transplante"; e "O que você acha que é melhor o transplante ou não fazer? [...] Essa é a duvida". Mas, o ente se dispersa com as possibilidades e com isso o ser acaba não se apropriando das informações que lhe são fornecidas, fazendo somente a repetição sem um questionamento, torna-os confusos quanto ao caminho ou decisão irão tomar

(HEIDEGGER, 2012, p.237). A curiosidade segundo Heidegger é

“A constituição fundamental da visão mostra-se numa tendência ontológica para “ver”, própria da cotidianidade [...] não se limita a ver, exprimindo a tendência para um tipo especial de encontro perceptivo com o mundo.” (HEIDEGGER, 2012, p.34).

A dispersão gerada pelas possibilidades de compreensão aliada ao falatório que leva ao entendimento de tudo que lhe foi passado e se foi compreendido totalmente, desvelando o sentido da *ambigüidade* que é a abertura da *pré-sença* cotidiana. Tomando por base essa abertura, a ambigüidade é quando “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo não foi. Ou parece que não foi quando, no fundo, já foi” (HEIDEGGER, 2012, p.238). Revelando-se quando pensam que aprendeu sobre o seu estado de saúde, quando no fundo ainda não entendeu, a ponto de questionar se querem ou não o transplante, se todos os exames, consultas e orientações são importantes. A ambigüidade se revela não só nesse momento, mas a acompanha por não entender que existe a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida com a hemodiálise. Em outros momentos, pensam que não foi compreendido quando no fundo o alcançou, ao mencionar o risco da cirurgia e de rejeição do órgão, como também a possibilidade de morte.

O *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera* apóia-se na necessidade de realizar as sessões de hemodiálise, como forma de manutenção e de sobrevivência, e na possibilidade do transplante renal, como meio para melhorar sua qualidade de vida. Como também no amparo naqueles que o ajudam no seu cuidado. A necessidade de manter-se preocupado que para Heidegger (2012, p.179) é “essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar-se, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela”. Entretanto, para eles, a segurança desse cuidado tem um limite, apesar de não expressar para o seu estabelecimento, por que se percebe fragilizados fisicamente e mentalmente.

Heidegger (2012, p. 343) descreve que a *angústia* é um privilégio do *ser-no-mundo*, que o liberta da inautenticidade do cotidiano, assim o *ser-aí* está mergulhado

em si mesmo e o exterior no estado suspenso, sem interferência comandando seu pensar e suas ações. Sendo levado a assumir-se como possibilidade. Este encontro do ser-aí com ele mesmo, através da angústia é rara pelo fato do *ser-aí* ter sido lançado na sua existência, neste momento *dasein* é forçado a escolher entre a autenticidade ou a inautenticidade, colocando o indivíduo em contato com o nada e a partir dele tenta dar realidade e reconduzir o ser ao encontro de sua totalidade.

O movimento de angústia se desvelou quando o ser em seu modo de ser da cotidianidade, ou seja, da angústia imprópria se alavanca para a angústia propriamente dita, quando o ser se compreende como ser, quando se vê com possibilidades sendo a chave para a autenticidade, como expressa em ter a possibilidade de viver em hemodiálise ou transplante renal ou morrer sem tratamento; colocam que o transplante não resolverá todos os problemas advindos da DRC, mas que têm a escolha de fazer ou não o procedimento cirúrgico; descrevem o risco da cirurgia que poderá levá-los a morte.

De acordo com Camargo e Souza (2002) a descrição da ameaça é que não possui caráter de algo prejudicial na facticidade para o ameaçado, sendo o que da angústia como indeterminado e/ou em lugar nenhum, sendo expressa por falas como: “Não me acostumava, achava [...] que ia morrer, era muito ruim. Ah! Não, eu não consigo aceitar, e convivo”; “fico preocupada [...] fiquei muito triste, muito incomodo. Aí falei: pera aí, ficar desesperada? Eu vi uma oportunidade [...] tenho medo de morrer”; “Eu quero muito (transplante), mas tenho um medo muito forte, que você fica ansioso ao mesmo tempo [...] Aí você tem que tirar uma conclusão, aceita ou não”.

Mas, o ser-aí na angústia pode desviar-se dessa compreensão e se decair no mundo, tornando possível o temor que é a angústia imprópria. Nesse modo de disposição, pode ter momentos de medo e de angústia, pois ambos estão juntos de tal forma que podem apresentar-se de diferentes maneiras dependendo do que e como ameaça (Camargo e Souza, 2002). A ameaça é “tudo aquilo que se teme”, apresentam-se com: medo, tristeza, tensão, nervosismo (não saber e não entender o tratamento no início); medo, cansaço, tristeza, dificuldade, insegurança (lista de espera), como forma de temor que ameaçam, ou seja, temem a morte, anunciando uma angústia imprópria que os leva a de-cair. Assim, ocupam-se com os enfrentamentos do cotidiano que

acham perigosos como a condição de portador de DRC; a permanência na hemodiálise; a mudança do cotidiano, como não poder trabalhar; a espera pela lista e a cirurgia para o transplante renal.

O temor é o modo da disposição, um estado de humor no qual o *dasein* pode ser encontrado. Sendo que o temor ocorre frente a uma ameaça, como coloca Heidegger (2012, p.197) “todas as modificações do temor, enquanto possibilidades da “disposição” apontam para o fato de que a pré-sença, como *ser-no-mundo*, é temerosa”. Podendo ter variações que se constituem em pavor, horror e terror.

O pavor ocorre quando a ameaça de algo conhecido, que se encontrava na proximidade, se abate subitamente sobre o *ser-no-mundo*. Heidegger descreve o pavor como algo que “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim, subitamente se abate sobre o *ser-no-mundo* da ocupação, o medo se transforma em pavor. O referente do pavor é de início, algo conhecido e familiar” (Heidegger, 2012, p. 202).

A hemodiálise com sua rotina e os problemas decorrentes de sua utilização é um tratamento conhecido para estas pessoas, sendo utilizada já por algum tempo, desde que diagnosticadas com DRC no estágio de falência do órgão. Mas, estando na inautenticidade, no modo de ser do impessoal que rege o cotidiano não assume para si essa possibilidade, mesmo que conhecendo as manifestações físicas apavora-se com o pensamento de ter novamente sinais e sintomas decorrentes da terapêutica durante e após as sessões. Mas, tais eventos que já lhe são familiar os deixam temerosos com o dia de amanhã, reconhecendo a possibilidade de finitude, no entanto recebe a informação de forma pouco refletida, como se o que sabem sobre a hemodiálise não fosse uma possibilidade sua, mas sim para as outras pessoas.

O pavor também está presente quando o ser-aí se mostra com conhecimento sobre o processo de estar na lista de espera e a ocorrência do transplante, expressam que vêem outras pessoas sendo transplantadas, porém não reconhecem para si a possibilidade do transplante como um evento próximo. Assim trás consigo a eminência da finitude quando vêem que podem ser desclassificados da lista de espera para o transplante ou pela incerteza de quando sairá da lista de espera para realizar o transplante.

E, o horror ocorre quando algo não conhecido se concretiza para o *ser-no-*

*mundo*. Heidegger expõe que “se, ao contrário, o que ameaça possuir o caráter de algo totalmente não familiar, o medo transforma-se em horror” (Heidegger, 2012, p. 202). Depois de ser diagnosticados com DRC e realizar a hemodiálise, o ser-hemodialítico tem o vivido de crises que o colocam com risco de morte. Então, vivencia o horror diante do desconhecido de não saber ou até mesmo a concretização e o aparecimento da morte. Assim, reafirma a inautenticidade disposta no cotidiano e a impessoalidade de que a morte chega para todos, mas não se sabe ao certo quando e como será causando o medo do desconhecido que gera o horror. Além de revelar que em seus modos de ser na demora da lista de espera acaba por acentuar a indefinição dos seus sentimentos como: a dúvida de aceitar ou recusar o transplante; angustia e intensa ansiedade pela incerteza de quando terão a oportunidade de realizar a cirurgia, sem ter a previsão de tempo que irá levar para conseguir o procedimento.

Estas pessoas vivem o dia-a-dia na ansiedade, tentando descobrir e conhecer os sinais que seu corpo manifesta quando seu quadro clínico piora, ou ainda qualquer intercorrência da DRC e da hemodiálise que possa desclassificá-los da lista de espera. Neste contexto, o desconhecido do horror é o fato de não saber quando terá reações físicas e o não saber fazer seu diagnóstico referente à DRC e da hemodiálise, como não compreender a dinâmica e da lista de espera e o seu tempo de espera. Ficando disposta como *ser-com-os-outros* no modo impessoal, em que o controle sobre o que pode não fazer será ditado por profissionais, familiares e conhecidos.

O terror é quando o ameaçador, algo conhecido e familiar, surge de maneira súbita e se concretiza para o *ser-no-mundo*, possuindo o caráter de pavor e horror ao mesmo tempo, ou seja, é a possibilidade de ser um aí já conhecido e, também, outro aí desconhecido. Segundo Heidegger, “o medo torna-se, então, terror quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de horror, possuindo ao mesmo tempo o caráter de pavor, a saber, o súbito” (HEIDEGGER, 2012, p.202).

Neste sentido, a pessoa portadora de DRC vivencia a possibilidade do tratamento hemodialítico que é conhecido, mas este provoca alterações físicas que podem ser diferentes, trazendo a sensação de desconhecimento sobre o que e como podem acontecer os problemas no seu cotidiano. Ficam em constante angústia sobre o que pode acontecer subitamente como: uma nova crise hidroeletrólítica; a perda da

função da fístula arterio-venosa; a finitude de si próprio e a do outro, representada pelas pessoas que estão na mesma situação que eles. Como também conhecer os procedimentos que irão realizar para constatar se eles são aptos a receber o transplante, mas têm a incerteza (o desconhecido) se este será seu, expressando sentimentos de: reflexão, amparo, alerta e estresse. Sendo que a qualquer momento poderá receber o contato feito pela equipe de transplante.

O *ser-aí* se mostra em desequilíbrio, em confusão e desorientado quando está diante do temor, sendo este uma abertura do ente intramundano que ao passar por algo ameaçador necessita recompor-se, ou seja, se encontrar e voltar ao modo cotidiano de si próprio (Heidegger, 2012, p. 201). Diante de se recompor do sofrimento existencial que vivenciam no tratamento hemodialítico e na espera pelo transplante renal voltam ao mundo cotidiano fechadas para a possibilidade de morte e desvelando-se novamente a possibilidade de realizar o transplante renal transferindo para a fé em Deus a possibilidade de concretizar tal procedimento, expressando que se Deus quiser tudo é possível e qualquer coisa se realiza.

Na facticidade do cotidiano a relação com a fé os auxiliam dando forças para enfrentar seu dia-a-dia na clínica de hemodiálise e para a espera do transplante renal, como comentam nas falas: “fico esperando com Deus a hora (realizar o transplante)”; e “Fico assim confiante e esperando em Deus (ser chamado na lista de espera)”.

Desta forma, o *ser-aí-hemodialítico-na-espera-pelo-transplante-renal* na cotidianidade decide, aceita e assume a responsabilidade e a possibilidade de *cura* pela manutenção de sua vida em que realiza a hemodiálise enquanto aguarda o transplante renal. Ocupa-se no autocuidado realizando decisões sobre sua saúde e doença como: a posição de realizar a hemodiálise para a sobrevivência; a aceitação da espera pelo transplante; a tendência de melhorar sua qualidade de vida ao aceitar realizar a hemodiálise. Na ocupação com o cuidado revelam-se como modo da pré-sença para com os entes e não ontologicamente, desvelando-se inautênticos ao comparar suas funções orgânicas com a máquina de hemodiálise, se tornando um aparelho para desenvolver a função renal.

De acordo com Heidegger (2012, p.177) “o *ser-com* na sua existencialidade deve, no modo da pré-sença, se ocupar com as coisas e se preocupar com o outro”.



Assim, “essa preocupação que, em sua essência, diz respeito à cura propriamente dita, ou seja, à existência do outro não a uma coisa de que se ocupa, ajuda o outro a tornar, em sua cura, transparente a si mesmo e livre para ela” (HEIDEGGER, 2012, p.179).

Na cotidianidade outro aspecto importante foi à impessoalidade do seu próprio cuidar, não assumindo propriamente sua cura, pois não decidem sobre sua saúde estando lançados no dia-a-dia da hemodiálise e da espera pelo transplante, sendo que: não possuem controle e nem conhecimento sobre sua classificação na lista de espera; e apenas realizam aos procedimentos, exames, protocolos e atestados sobre sua aptidão de pertencer à lista de espera e para o possível transplante renal. Deste modo, acatam a decisão da equipe de saúde e não a partir de suas necessidades e queixas. Como coloca Heidegger (2012, p.181) que “O impessoal pertence aos outros e consolida seu poder”.

Em relação aos profissionais existe um quase total silêncio sobre a enfermagem mostrando que tais pessoas se constituem como objetos, apenas como ente e não como um ser dotado da pré-sença. São desconsiderados na sua subjetividade e singularidade tornando-se apenas um ente que obedece às decisões, sendo como instrumento a disposição da equipe de saúde.

Então, o modo de ser dos profissionais de saúde constrói suas relações com o *ser-aí* apenas baseados nos aspectos físicos, patológicos e técnicos (objetivos) deixando obscuros os aspectos emocionais (subjetivos), não transcendendo o cuidado para a promoção da autonomia e a compreensão autêntica de seu Ser. Nesse relacionar-se interagem com solicitude inautêntica, onde se é com *dasein* no sentido de ocupar-se com o outro.

Expressam sobre o sistema de saúde que nos níveis primários, secundários e terciários desvela-se a inautenticidade dos profissionais de saúde. No nível primário destacam a importância da informação sobre a DRC e os tratamentos, como a prevenção da doença. Mostrando a inexistência parcial ou total da interação entre o ser-cuidado e o profissional de saúde no que se refere à promoção de saúde e o rastreamento do DRC. No setor secundário expressam que a atenção do profissional está na realização do procedimento, na realização de exames laboratoriais e quando orientados sobre: a DRC, a hemodiálise, a lista de espera e o transplante. Estes são

passados de forma maçante, sendo observados os aspectos objetivos como: os sinais e sintomas; e os tipos de tratamentos (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante). Já no setor terciário apontam o tecnicismo do setor em que o que importa é os procedimentos realizados para analisar qual pessoa é mais apta a receber o transplante e o ato cirúrgico para o transplante renal.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolvemos a investigação sobre o desvelar da vivência do *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante-renal* com o suporte no referencial metodológico e filosófico de Martin Heidegger. Assim, tivemos o embasamento necessário para as indagações expressas pela compreensão dos significados encontrados no cotidiano do portador de DRC na lista de espera, com base nos depoimentos para a interpretação das facetas do fenômeno através da compreensão vaga e mediana, possibilitando o desvelar dos sentidos do *ser-na-lista-de-espera*.

A hermenêutica mostrou que o *ser-aí* se apresenta no mundo pela inautenticidade pelos modos de ser da facticidade e decadência (falatório, curiosidade e ambigüidade). Encontram-se no modo próprio do ser dos entes no cotidiano de ser portador de DRC na lista de espera para o transplante renal. Mas, ao buscar a compreensão do ser mostra-se na angústia imprópria (temor) sendo decorrente de uma ameaça podendo variar entre pavor, horror e terror. O ser no movimento de angústia pode em alguns momentos alcançar a angústia propriamente dita, quando se compreende como ser e quando se vê com possibilidades sendo a chave para a autenticidade.

Na cotidianidade mostram-se na impessoalidade do seu próprio cuidar, são desconsiderados por alguns membros da equipe de saúde na sua subjetividade e singularidade tornando-se um dentre vários outros, sendo o saber científico valorizado pela patologia, o tratamento e as rotinas. Assim, é necessário o estabelecimento pelo enfermeiro e a equipe de saúde de como deve ser o cuidado deste *ser-hemodialítico-na-lista-de-espera-para-o-transplante-renal*, buscando uma visão de saúde pela ótica do ser cuidado em interação com o cuidador, sendo um *ser-com*.

Nesta reflexão apontamos o silêncio sobre a enfermagem mostrando que tais pessoas se constituem como objetos, apenas como ente e não como um ser dotado da pré-sença. Neste sentido, deve-se buscar a realização do cuidado baseado na escuta atenta e no desenvolvimento do vínculo entre enfermeiro e ser-cuidado formado pela

compreensão, consideração e preocupação. Esta preocupação no sentido de ajudar o outro a resgatar o cuidado autêntico.

Ao compreender esta pessoa como *ser-com* e ao desenvolver o cuidado autêntico o enfermeiro pode ajudá-la a compreender seu estado de saúde-doença. Desta forma, o ser-aí ganharia voz e seria ouvido e compreendido sobre o seu vivenciar clareando seus significados de pertencer a uma lista de espera para o transplante renal. E, ao se conhecer pode entender suas percepções referentes à situação em que se encontra, sendo capaz de identificar suas necessidades e a partir dessas desenvolver as intervenções que priorize a sua singularidade juntamente com o enfermeiro.

Neste sentido, o enfermeiro ao cuidar como *ser-com* a pessoa em hemodiálise na lista de espera pode embasar-se em aspectos subjetivos, além dos aspectos referentes: as políticas públicas de transplante; as legislações vigentes e no aspecto patológico/físico. Neste contexto, abre-se um leque de possibilidades para a melhoria da atuação do enfermeiro com abordagens teóricas e filosóficas que pode dar suporte para o cuidado sendo desenvolvido pela interação enfermeiro e *ser-cuidado*.

Para buscar mudanças e transformações referentes ao sentido desvelado sobre o sistema de saúde embasado na inautenticidade dos profissionais de saúde propomos que estes: Sensibilizem-se sobre a importância da informação da população, dos familiares e do portador de DRC sobre a DRC, o tratamento e os aspectos emocionais e sociais.

No nível primário sensibilizar os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, sobre a importância de estabelecer estratégias de prevenção como o rastreamento do possível portador de DRC, como também medidas de assistência a pessoa com DRC que visem suprir tanto os aspectos objetivos como os subjetivos.

No setor secundário buscar a interação entre o enfermeiro e *ser-cuidado* na realização de exames laboratoriais e no cotidiano da(o): DRC, hemodiálise, lista de espera e transplante. Pois, a forma como são vivenciados podem ser fatores positivos ou negativos para o enfretamento e o autocuidado destas pessoas. A equipe de enfermagem é essencial nesta abordagem por estar presente nas consultas ambulatoriais como em todo o tempo das sessões de hemodiálise, podendo ter um vínculo com estes, que é importante para o desenvolvimento de um cuidado autêntico.

E, no setor terciário como nos outros níveis é importante a escuta atenta e o desenvolvimento da empatia para desenvolver a abertura e interação destes sujeitos sobre os procedimentos do transplante e sua ação sobre os fatores emocionais.

Neste estudo diante da análise abordada sobre o cuidado de enfermagem abre a possibilidade de promover reflexão de como o cuidado está sendo desenvolvido e quais as possibilidades de mudança para se movimentar para um cuidado ao encontro do ser no sentido ontológico, compreendendo o significado do ser ao pertencer a uma lista de espera para o transplante renal, sendo necessário conhecê-la e entendê-la nas suas percepções referentes à situação em que se encontra, identificando suas necessidades e a partir destas desenvolver as intervenções que priorizem a sua singularidade.

Atualmente, pela velocidade das modificações referentes às informações que os profissionais de saúde estão vivenciando é necessário um constante aperfeiçoamento na prática clínica e na pesquisa em saúde no desenvolvimento de um constructo interdisciplinar para contribuir positivamente nas diferentes áreas do conhecimento sobre o transplante renal. Neste contexto, com o intuito de analisar e compreender as mudanças biopsicossociais que podem acometer as pessoas com DRC que estão na espera pelo transplante renal fazem-se necessários estudos que contemplem esta faceta.

Ressaltamos que além dos pontos apresentados busca-se contribuir para a compreensão dos sentidos do ser que precisa de um transplante renal como alternativa para sua sobrevivência e melhoria da qualidade de vida. Tais aspectos subjetivos podem ficar despercebidos no transcurso da rotina desenvolvida nas unidades de diálise e nos ambulatórios de transplante renal.

Ao se tratar da atenção voltada para o indivíduo na lista de espera do transplante renal a enfermagem pode através dos sentidos dados por estes desenvolver suas intervenções conforme as necessidades de cada um. Estes incluem conhecer estratégias para a melhor forma de adesão ao tratamento, observar aspectos das patologias apresentadas e desenvolver ações com o intuito de prevenir complicações.

O enfermeiro através do vínculo com esta pessoa pode ser um elo proporcionando a ela a percepção e a orientação dos aspectos subjetivos e objetivos do transplante renal e de sua espera. Gerando um alicerce para este, ajudando-o a

entender e desenvolver meios para seu autocuidado durante o processo de pré-transplante renal. Poderá auxiliá-lo a superar expectativas sobre o período em que receberá o órgão e as oscilações referentes ao seu grau de enfrentamento de tal situação, em que ocorre a necessidade de atender de forma segura aspectos emocionais, como suas dúvidas e anseios.

De um modo mais específico o presente estudo traz a oportunidade de desenvolver a produção de conhecimento referente à lista de espera para o transplante renal em nível do ensino de enfermagem tanto para a graduação de enfermagem da UFJF como para o enriquecimento científico do programa de pós-graduação do curso de Mestrado em Enfermagem da UFJF, sendo que o conteúdo abordado traz contribuições para o conhecimento e desenvolvimento de habilidades e competências nesta área da saúde.

## REFERÊNCIAS

ABBUD, M. F.; GARCIA, V. D. Comércio de órgãos para transplante: Fato ou ficção? Atualidades em Nefrologia. In: Cruz J, et al. **Atualidades em Nefrologia 11**. 1ªed. São Paulo (SP): Satvier, 2010.

ALBUQUERQUE, J. G.; LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Fatores preditivos de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos ao transplante renal. **Rev Bras Enf.** Brasília, v. 63, n. 1, jan-fev, 2010.

ALMEIDA, I. S.; CRIVARO, E. T.; SALIMENA, A. M. O.; SOUZA I. E. O. O caminhar da enfermagem em fenomenologia: Revisitando a produção acadêmica. **Rev Eletr Enf.** [Internet]. v. 11, n. 3, p. 695-699, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a30.htm>>. Acesso: 30 janeiro 2012 às 23:40 horas.

ANTONOPOULOS, I. M.; PIOVESAN, A. C.; FALCI, R. et al. **Contribuições à técnica cirúrgica em transplante renal - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Rev Med (ed especial). São Paulo v. 88, n. 3, p. 163-167, jul-set, 2009.

ARAÚJO, R. A.; CARTAXO, H. G. O.; ALMEIDA, S. M. O. Contribuições da filosofia para a pesquisa em enfermagem. **Rev Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro. v. 16, n. 2. abr-jun, 2012.

**Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)**. Dados estatísticos sobre transplante renal. ano XVII; n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso: 03 Agosto 2012 às 21:34 horas.

**Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)**. Dados estatísticos sobre transplante renal. ano XVIII; n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.abto.org.br>>. Acesso: 07 abril 2013 às 19 horas.

BAQUERO, A.; ALBERÚ, J.; ABBUD-FILHO, M. et al. I Fórum de bioética em transplante da America Latina e Caribe: O documento de Aguascalientes. **Jornal Bras**

**Transpl (JBT)**. v. 13, p.1329-1392, 2010.

BARRETO, M. S.; SILVA, M. A. A.; SEZEREMETA, D. C.; BASÍLIO, G.; MARCON, S. S. Conhecimentos em saúde e dificuldades vivenciadas no cuidar: Perspectiva dos familiares de pacientes em tratamento dialítico. **Rev. Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 4, p. 722-730, 2011.

BARROS, P. M. R.; ARAÚJO, E. de C.; LIMA, L. de S. Transplante de órgãos e tecidos: Aspectos históricos, ético-legais, emocionais e repercussão na qualidade de vida. **Rev Enf UFPE**. v. 3, n. 4, p. 416-25; 2009.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Doença Renal Crônica: Frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev Assoc Med Bras**. v. 56, n. 2, p. 248-253, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CNS. **Resolução Nº 466/2012**. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e atualiza a resolução nº196/1996. Brasília. Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cresce o número de Transplantes. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO)**. ano 15; n. 1, jan-mar 2012. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita4.aspx?idCategoria=2>>. Acessado em 04 de Agosto de 2012 às 21 horas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recorde e Transplante de Órgãos no SUS**. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO). ano 12; n. 1, março 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.gor.br/portal/saude/visualizat\\_texto.cfm?rdtxt=36295](http://portal.saude.gov.gor.br/portal/saude/visualizat_texto.cfm?rdtxt=36295)>. Acesso em 18 de Abril de 2012 às 00 horas.

BUSATON, C. R.; UTRABO, C. A. L.; SOUSA, W. F., et al. Aneurisma de artéria renal em rim transplantado: Reparo ex vivo e reimplante do enxerto. **Jornal. Vasc. Bras**.



Porto Alegre. v. 8, n. 1, jan-mar, 2009.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: Um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. **Rev Enf UERJ**. Rio de Janeiro. v. 10, n. 2, p. 104-108, maio-ago, 2002.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: Estudo clínico qualitativo. **Rev. Bras. Enf. Brasília**. v. 63, n. 5, set-out, 2010.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: Concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-am Enfer**. nov-dez; v. 11, n. 6, p. 823-31, 2003.

CARVALHO, A. de S. **Metodologia da entrevista: Uma abordagem fenomenológica**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CEREZER, C. Mundaneidade, utensílo e existência: uma análise do capítulo III de Ser e Tempo de Heidegger. **Frontistés – Rev. Eletrônica de filosofia**. v. 4, n. 6, 2010. Disponível em: <http://184.173.252.161/~fapas413/index.php/frontistes/article/viewArticle/124>. Acessado em: 17 de abril de 2012.

CICOLO, E. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Doação e transplante de órgãos: Produção científica da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enf**. Brasília. v. 63, n. 2, p. 274-278, mar-abr, 2010.

CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Rev Bras Enf**. v. 58, n. 1, p. 78-81; 2005.

COSTA, S. R. S. C. M. **Retorno ao trabalho do doente submetido a transplante hepático**. Dissertação (Mestrado em saúde Ocupacional). Orientador: Ribeiro C. F. Faculdade de Medicina (UC), Coimbra. 2009.

CORREA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Rev**

**Latino-Am Enferm.** Ribeirão Preto. v. 5, n. 1, p.83-88, janeiro, 1997.

CRAVO, C. D. L.; MIRANZI, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; SOUZA, J. L. Perfil epidemiológico dos pacientes em hemodiálise de um hospital universitário. **Rev Cienc Cuid Saude.** v. 10, n. 1, p. 110-115, jan-mar, 2011.

**Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica.** J. Bras Nefrol. v. 26 (Supl 1), S1-S49, 2004.

FERMI, M. R. V. **Diálise para Enfermagem:** Guia Prático. Rio de Janeiro (RJ). Editora Guanabara Koogan Ltda 2010. 2ª ed.

FERREIRA, E. A. C. A fenomenologia husserliana e a ruptura com a tese da atitude natural. **Tempo da ciência.** v. 11, n. 22, 2004. Disponível em:< <http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/view/1546/1262>>.

FERREIRA, V. M. A. P.; ALMEIDA, I. G.; SABER, L. T. S, et al. **Aspectos psicológicos de doadores de transplante renal.** Aletheia. v. 30, p. 183-196, jul-dez, 2009.

FLORES, R. V.; THOMÉ, E. G. da R. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. **Rev Bras Enferm.** Brasília (DF), v. 57, n. 6, p. 687-690, nov-dez, 2004.

FRANÇA, A. K. T. C.; SANTOS, A. M.; CALADO, I. L, et al. Filtração glomerular e fatores associados em hipertensos atendidos na atenção básica. **Arquivo Bras Cardiol.** São Paulo. v. 94, n. 6, p. 779-787, jun, 2010.

FREIRE, S. G.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J. T. J. M; VASCONCELOS, Q. L. D. A. Q; TORRES G. de V. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro. v.16, n.4, p. 761-766, out-dez, 2012.

FURTADO, A. M. O.; SOUZA, S. R. O. S.; LOPES, B. O, et al. O enfermeiro assistencial e educador em uma unidade de transplante renal: Uma questão desafiadora. **Rev**

**Enfermeria Global.** n. 27, p. 351-355, jul, 2012.

GARGIULO, C. A.; MELO, M. C. S. M.; SALIMENA, A. M. O, et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Rev Texto Contexto Enf.** Florianópolis. v. 16, n. 4, p. 696-702, out-dez, 2007.

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. dos F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Rev Esc Enfer.** USP. v. 43, n. 1, p. 200-207, 2009.

GROOPMAN, J. **A anatomia da esperança: a descoberta pela medicina moderna do poder da emoção no combate às doenças.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev Bras Enf.** Brasília. v. 61, n. 1, p. 91-97, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback. 7ª ed. Petrópolis, RJ: vozes. 2012.

JACKSON, A. M.; LUCAS, D. P.; MELANCON, J. K, et al. Clinical Relevance and IgG Subclass Determination of Non-HLA Antibodies Identified Using Endothelial Cell Precursors Isolated From Donor Blood. **Clinical and Transplantation Research.** v. XX, n. X, month XX, 2011.

KIRSZTAJN, G. M.; SOUZA, E, ROMÃO-JR, J. E.; BASTOS, M. G.; MEYER, F.; ANDRADA, N. C. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico. Projeto Diretrizes. **Assoc Méd Bras e Conselho Federal de Medicina (CFM).** Soc Bras Nefrologia, Soc Bras Urologia, Soc Bras Pediatria, Soc Bras Nutrição Enteral e Parenteral. jun, 2011.

KUKLA, A.; ADULLA, M.; PASCUAL, J.; SAMANIEGO, M.; NANOVIC, L.; BECKER, B. N.; DJAMALI, A. CKD stage-to-stage progression in native and transplant kidney disease. **Nephrol Dial Transplant.** Madson (WI). v. 23: p. 693-700, 2008.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O.; SILVA, L. F, et al. Fatores sócio-demográficos e

diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 88-94, jan-mar, 2009.

LUKACHEWSKI, W.; BARRETO, W. P. Doação de órgãos e partes do corpo. **Rev Juríd Cesumar**. v. 11, n. 1, p. 145-167. jan-jun, 2011.

MACHADO, E. L.; CHERCHIGLIA, M. L.; ACÚRCIO, F. A. Perfil e desfecho clínico de pacientes em lista de espera por transplante renal, Belo Horizonte (MG, Brasil), 2000-2005. **Rev Ciência & Saúd Col**. v. 16, n. 3, p. 1981-1992, 2011.

MACHADO, E. L.; GOMES, I. C.; ACURCIO, F. A. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúd Públ**. Rio de Janeiro. v. 28, n. 12, p. 2315-2326, dez, 2012.

MARAGNO, F.; ZANINI, M. T. B.; ROSA, L.; CERETTA, L. B, et al. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Rev Inova Saúde**. Criciúma. v. 1, p.16-30, nov, 2012.

MARTINI, M.; FERNANDES, M. F. O.; MARTINS, S. A. O papel do enfermeiro na manutenção do potencial doador de órgãos. **Rev Bras Ciênc Saúde**. ano VI, n. 18. out-dez, 2008.

MARTINS-FILHO J. R. F. O século do outro: uma interface com o século XX. **Rev Filos Capital**. v. 6, n. 12, p. 71-78, jan, 2011.

MATOS, E. F.; LOPES, A. Modalidades de hemodiálise ambulatorial: Breve revisão. **Rev Acta Paul Enf**. Especial-Nefrologia. v. 22, p. 569-571, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MONTEIRO, C. F. S.; ROCHA, S. S.; PAZ, E. P. A.; SOUZA, I. E. O. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de Enfermagem. **Rev Enf Esc Anna Nery**. v. 10, n. 2, p. 297-300, 2006.

NORONHA, I. L.; MESQUITA, P. G. M.; PESTANA, J. O. M. Transplante renal no paciente diabético com doença renal crônica. **Jornal Bras Transpl (JBN)**. v. 13, p. 1329-1392, 2010.

NORONHA, M. G. O.; SETER, G. B.; PERINI, L. D. Estudo do perfil dos doadores elegíveis de órgãos e tecidos e motivos da não doação no Hospital Santa Isabel em Blumenau, SC. **Rev AMRIGS**. Porto Alegre. v. 56, n. 3, p. 199-203, jul-set, 2012.

OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: Uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev Bras Enf**. Brasília. v. 64, n. 2, p. 376-380, mar-abr, 2011.

OLLER, G. A. S. A. O.; RIBEIRO, R. C. H. M.; TRAVAGIM, D. S. A.; BATISTA, M. A.; MARQUES, S. KUSUMOTA, L. Independência funcional em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-Am Enf**. v. 20, n. 6, 08 telas, nov-dez, 2012.

PATAT, C. L.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M.; GUIDO, L. A.; BARBOSA, D. A. Análise da qualidade de vida de usuários em hemodiálise. **Rev Enfermería Global**. n.27, p. 66-76, julho, 2012.

PAULA, C. C.; SOUZA, I. E. O.; CABRAL, I. E.; PADOIN, M. M. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: Possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Rev Acta Paul Enf**. v. 25, n. 6, p. 984-989, 2012.

PEIXOTO, A. J. Fenomenologia, ética e educação: Uma análise a partir do pensamento de Husserl. *Filosofia e Educação (Online)*, **Rev Dig Paideia**. v. 3, n. 1, abr-set, 2011.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: A percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enf**. v. 14, n. 4, p. 689-95, out-dez, 2009.

PEREIRA, W. A.; FERNANDES, R. D.; SOLER, W. V. Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante e Tecidos. **Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO)**. São Paulo (SP):

Companygarf Prod. Grafica e editora. 2009.

PERI, F.; TOMASI, P. T. Processo de doação, captação e transplante de órgãos: Um levantamento dos casos ocorridos no HUST no período de maio/2010 a maio/2011. **Rev Unoesc e Ciência (ACBS)**. Joaçaba. v. 3, n. 2, p. 199-217, jul-dez, 2012.

PILGER, C.; RAMPARI, E. M.; WAIDMAN, M. A. P.; CARREIRA, L. Hemodiálise: Seu significado e impacto para a vida do idoso. **Rev Esc Anna Nery**. v. 14, n. 4, p. 677-683, out-dez, 2010.

PIMENTA, R. C. S.; DIOGO, R. C.; MELARÉ, R. A.; AGUIAR, B. R.; NOVO N. F.; FERNANDES, F. A. Análise dos fatores sociodemográficos e epidemiológicos em relação à sobrevivência de pacientes transplantados renais de um hospital universitário e filantrópico de Sorocaba - SP. **Rev Fac Ciênc Méd**. Sorocaba. v. 13, n. 4, p. 8-12, 2011.

QUINTANA, A. M.; WEISSHEIMER, T. K. dos S.; HERMANN, C. Atribuições de significados ao transplante renal. **Rev Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 1, p. 23-30, jan-mar, 2011.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Rev Acta Paul Enf**. Especial-Nefrologia, v. 22, p. 528-530, 2009.

RODRIGUES, T. K.; ALVES, A. Estimativa do número de possíveis doadores de órgãos no estado de Sergipe no ano de 2007. **J Bras Transpl (JBT)**. v. 13, p. 1329-1392, 2010.

ROCHA, R. P.F.; SANTOS, I. Necessidades de autocuidado entre clientes com doença renal crônica: Revisão integrativa de literatura. **Rev. de Pesq Cuid Fundam**. online. v.1, n. 2, p. 423-433, set-dez, 2009.

SALIMENA, A. M. O.; CHAGAS, D. N. P.; MELO, M. C. S. C.; SOARES, T. C.; MAGACHO, E. J. de C. Sentimentos de mulheres frente à espera do transplante renal. **Rev Enf Brasil**. v. 9, n. 6, p. 346-354, 2010.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C. A comunicação durante a assistência ao paciente entubado internado em Unidade de Terapia Intensiva: A vivência dos alunos de graduação em enfermagem. **Rev Saúd Colet.** v. 7, n. 37, p.15-19, 2010.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev Bras Enf.** Brasília. v. 62, n. 6, p. 856-862, nov-dec, 2009.

SANNER, M. A.; LAGGING, E.; TIBELL, A. The kidney recipient's path to transplantation: a comparison between living and deceased kidney donor recipients in Stockholm, Sweden. **Nephrol Dial Transplant.** v. 26, p. 1053-1057, 2011.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; MORAES, E. L. Entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Rev Acta Paul Enf.** São Paulo. v. 25, n. 5, p. 788-794, 2012.

SESSO, R. C. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S, et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. **Jornal Bras Nefrol (JBB).** v. 34, n. 3, p. 272-277, 2010.

SILVA, A. F.; GUIMARÃES, T. S.; NOGUEIRA, G. P. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. **Rev Bras Ciênc Saúde.** São Caetano do Sul (SP); ano VII, n. 9, p. 71-85, 2009.

SILVA, G. T. R.; ESPÓSITO, V. H. C.; NUNES, M. N. Preceptoria: Um olhar sob a ótica fenomenológica. **Rev Acta Paul Enf.** v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008.

SILVA, L. F.; DAMASCENO, M. M. C.; MOREIRA, R. V. O. Contribuições dos estudos fenomenológicos para o cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enf.** Brasília. v. 54, n. 3, p. 475-481, jul-set, 2001.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: Métodos para análise de entrevistas, textos e interações.** Parte II: Métodos; Cap 4: entrevistas, p. 107. 3ª ed. Artmed. São Paulo, 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L., et al. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. **Cuidados aos pacientes com Distúrbios Renais**. Cap. 44. p. 1280. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; RIBEIRO, C. C. S, et al. O portador de insuficiência renal crônica e sua dependência ao tratamento hemodialítico: Compreensão fenomenológica. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 4, p. 306-310, 2010.

TERRA, M. G.; SILVA, L. C.; CAMPONOGARA, S, et al. Na trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Rev Texto Contexto Enf**. Florianópolis. v. 15, n. 4, p. 672-678, out-dez, 2006.

TREVISÓ, P.; BRANDÃO, F. H.; SAITOVITCH, D. Identificação de indicadores de qualidade para um serviço de transplante renal. **Jornal Bras Transpl (JBT)**. v. 13, p. 1329-1392, 2010.

TRINDADE, G. G.; CARDOSO, W. M. (Resumo) Biodireito, bioética e patrimônio Genético brasileiro. Silva IO. Ed Pillares, São Paulo, 168 pg. 2008. **Rev Redbioética/Unesco**. ano 3, v. 1, n. 5, p. 114-115, enero-junio, 2012.


WALDOW, V. R. **Cuidado humano: O resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1 ed, 1998.


WALDOW, V. R. **Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis - RJ: Vozes, 3 ed, 2010.

XAVIER, B. L. S.; SANTOS, I. Expectativas do cliente em hemodiálise sobre o transplante renal – Estudo sociopoético. **Rev Pesq Cuid Fundam**. online. v. 2, n. 4, p.1441-1449, out-dez, 2010.



## Anexo A: Autorização do Comitê de Ética e Pesquisa

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG</b>		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> A (IM)POSSIBILIDADE DE UM NOVO RIM: O VIVIDO DA LISTA DE ESPERA		
<b>Pesquisador:</b> Anna Maria de Oliveira Salimena		
<b>Área Temática:</b> Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.		
<b>Versão:</b> 1		
<b>CAAE:</b> 07870412.3.0000.5147		
<b>Instituição Proponente:</b> Faculdade de Enfermagem		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 131.836		
<b>Data da Relatoria:</b> 18/10/2012		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
No campo "desenho", a pesquisadora, em vez de apresentar sucintamente a natureza e as informações básicas sobre procedimentos e análise de sua pesquisa, opta por uma longa justificativa, terminando por uma breve enunciação de seu referencial, métodos e universo a ser pesquisado. O mesmo texto é replicado quase na íntegra nos campos "resumo" e "introdução."		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
A "hipótese" e os "objetivos" da pesquisa têm quase o mesmo enunciado. "Conseguir a expressão do vivido" não parece ser uma hipótese, pois não enuncia uma questão ou uma pressuposição a ser testada. Os distintos objetivos têm uma apresentação que só se diferencia de modo sutil, nada esclarecendo sobre as distinções entre "compreender o significado" e "compreender o vivido".		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
Riscos e benefícios são apresentados de forma pertinente.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>		
Ao discorrer sobre a metodologia proposta e a metodologia de análise, a pesquisadora se limita a informar que adotará a abordagem fenomenológica de Heidegger sem dar pistas para compreensão do que significa esse referencial teórico e de como incide nos propósitos da pesquisa. O roteiro de entrevista apresentado também é pouco informativo e, talvez, insuficiente para uma coleta discriminada dos dados.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b>		
O TCLE encontra-se redigido de modo a informar adequadamente e a assegurar proteção e sigilo.		
<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N		
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO		<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA	
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação

**Recomendações:**

É preciso, a meu ver, expor com mais clareza em que consiste o referencial teórico escolhido e de que modo sustenta a hipótese, os objetivos e a metodologia a ser empregada.

Recomenda-se que:

1. Os campos "desenho", "resumo" e "introdução" e "metodologia proposta" ganhem uma nova redação de modo a se atender mais claramente o que se pede em cada um deles;
2. Reformular a hipótese, de modo a enunciar um problema a ser pesquisado, e não uma tarefa a se realizar ("conseguir a expressão do vivido");
3. Reformular os objetivos tornando-os menos vagos;
4. Propor mais claramente uma metodologia em que fique claro em que consiste o referencial teórico em que se apóia e como deriva daí um método de investigação qualitativa, com roteiro mais detalhado de entrevista e de avaliação dos dados;
5. Acrescentar à documentação cópia ou link do currículo Lattes da pesquisadora.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto deve ser aprovado mediante as recomendações acima.

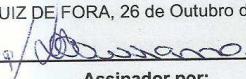
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 26 de Outubro de 2012

  
Assinador por:  
Paulo Cortes Gago  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

## Anexo B: Autorização da Coordenação de Transplantes da Zona da Mata Mineira

1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



### DECLARAÇÃO

Eu, **ANNA MARIA DE OLIVEIRA SALIMENA**, professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, orientadora da mestranda Micheli Rezende Ferreira, venho solicitar a autorização do Coordenador de Transplantes, Dr. Sebastião Ferreira para o acesso a lista única para recepção de órgãos/rim, com o intuito de colher dados para subsidiar o projeto de pesquisa "A (Im)Possibilidade de um novo rim: O vivido da lista de espera" com vistas a elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora, 29 de agosto de 2012.

  
Prof. Dr.ª Anna Maria de Oliveira Salimena  
Coordenadora do PPG/Mestrado em Enfermagem UFJF

Autorizo o acesso à lista única para recepção de órgãos/rim, conforme solicitação da Prof.ª Dr.ª Anna Maria de Oliveira Salimena.

Juiz de Fora, 06 de *setembro* de 2012.

  
Dr. Sebastião Ferreira

## Anexo C: Autorização da Clínica de Terapia Renal Substitutiva

1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



### DECLARAÇÃO

Eu, ANNA MARIA DE OLIVEIRA SALIMENA, professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, orientadora da mestranda Micheli Rezende Ferreira, venho solicitar a autorização do **DR. SEBASTIÃO FERREIRA** responsável pelo Centro de Tratamento de Doenças Renais (CTDR) para a condução da pesquisa com o intuito de colher dados para subsidiar o projeto de pesquisa "A (Im)Possibilidade de um novo rim: O vivido da lista de espera" com vistas a elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora, 26 de agosto de 2013.

  
Prof. Drª Anna Maria de Oliveira Salimena  
Coordenadora do PPG/Mestrado em Enfermagem UFJF

Na qualidade de responsável pelo "Centro de Tratamento de Doenças Renais", autorizo a realização de a pesquisa intitulada "A (Im)Possibilidade de um novo rim: O vivido da lista de espera" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador "Anna Maria de Oliveira Salimena e Micheli Rezende Ferreira "; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Juiz de Fora, 27 de agosto de 2013.

  
Dr. Sebastião Ferreira

## Anexo D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE “POSSIBILIDADE DE UM NOVO RIM: VIVÊNCIA DA ESPERA”.



**NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA:** Faculdade de Enfermagem da UFJF

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Anna Maria De Oliveira Salimena

**ENDEREÇO:** Rua Marechal Cordeiro de Faria, 172, CEP 36081-330, Carlos Chagas, Juiz de Fora, MG, Brasil.

**FONE:** (32) 99820952 **E-MAIL:** annasalimena@terra.com.br

O Sr. (a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**POSSIBILIDADE DE UM NOVO RIM: VIVÊNCIA DA ESPERA**”. Nesta pesquisa objetivamos compreender o significado de pertencer em uma lista de espera para o transplante renal. Tendo como justificativa a contribuição do conhecimento científico sobre o impacto da lista de espera e do transplante renal ao indivíduo que pleiteia a recepção do rim, bem como obter subsídios sobre o tema para a construção de uma melhor qualidade no atendimento e cuidado ao indivíduo de forma integral. Sua participação consistirá em: dar um depoimento sobre sua vivência na lista de espera para o transplante renal, qual o significado desta para você. Dentre os benefícios da pesquisa destacamos: conhecer e compreender o significado do pertencer à lista de espera para o transplante renal para melhorar a qualidade de vida e poder atender as demandas psicológicas e físicas dos indivíduos com doença renal crônica esperando por um transplante renal. A pesquisa classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados não utilizará nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participarem deste, bem como considerado a participação voluntária e o anonimato na divulgação dos resultados. Para a Sr(a) expor sua vivência utilizaremos na entrevista um mp4 para gravar nossa conversa. Após o depoimento de todos os participantes, será desenvolvido um relatório final no qual vai expressar a compreensão do significado de pertencer a uma lista de espera para o transplante com os depoimentos dos sujeitos. Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, uma vez que não está previsto financiamento para viabilizar tal estudo. Sr(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, não remunerada e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade pelas pesquisadoras. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos e meios científicos e estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Todo o material contendo informações escritas sobre a pesquisa ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Anna Maria de Oliveira Salimena durante cinco anos. *Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com a pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.*

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do estudo “**POSSIBILIDADE DE UM NOVO RIM: VIVÊNCIA DA ESPERA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar dessa investigação. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**Nome Assinatura da Participante**

**Nome Assinatura da Pesquisadora**

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, consulte o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa UFJF, Pró-Reitoria de Pesquisa - UFJF, Campus Universitário s/n – Juiz de Fora (MG)- CEP: 36036-90

## Apêndice A

	<b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	
<b>CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS</b>		
<b>Nome:</b>		
Endereço:		Data da entrevista:
Data de Nascimento:		Idade:
Estado Civil:		Religião:
Sexo:		Raça:
Filhos:	Quantos:	Profissão:
Escolaridade:		Data de início (TRS <sup>1</sup> ):
<b>QUESTÕES NORTEADORAS</b>		
Como você vivência à espera do transplante renal? Como você se sentiu ao precisar de um transplante renal? Que significa para você pertencer a uma lista de espera? Como você se vê diante desta lista?		
<b>OBSERVAÇÕES</b>		
<p>Nota: <sup>1</sup>TRS: Terapia Renal Substitutiva; <sup>2</sup> CAPD: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua; <sup>3</sup>DPA: Diálise Peritoneal Automática.</p>		