

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAROLINA GIORDANI DA SILVA

**TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO
SER NO MUNDO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

**Porto Alegre
2022**

CAROLINA GIORDANI DA SILVA

**TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO
SER NO MUNDO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Tese apresentada como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Cuidado em enfermagem e saúde

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

Eixo temático: Tecnologias, conceitos e modelos de cuidado em enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça Oliveira Crossetti

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maravilla Giménez Fernández

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Carolina Giordani
Teoria de Médio Alcance da Dimensão Existencial do
Ser no Mundo da Doença Renal Crônica / Carolina
Giordani Silva. -- 2022.
165 f.
Orientadora: Maria da Graça Oliveira Crossetti.

Coorientador: Maravilla Giménez Fernández.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Teorias de Enfermagem. 2. Doença Renal Crônica.
3. Existencialismo. 4. Teoria Fundamentada em Dados.
5. Evidências Qualitativas. I. Crossetti, Maria da
Graça Oliveira, orient. II. Fernández, Maravilla
Giménez, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Silva, Carolina Giordani

Título: Teoria de Médio Alcance da Dimensão Existencial do Ser no Mundo da Doença Renal Crônica

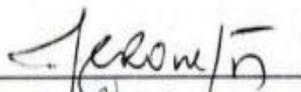
Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 07/01/2022

A Banca Examinadora avaliou a tese como: **APROVADA**

Nome e assinatura da Banca Examinadora

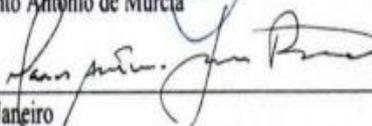
Profa. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti:
Presidente – PPGENF/UFRGS



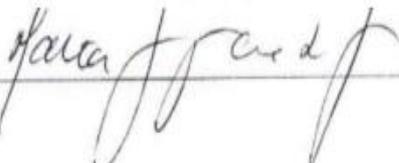
Profa. Dra. Maravilla Giménez Fernández:
Co-orientadora – Universidade Católica Santo António de Múrcia



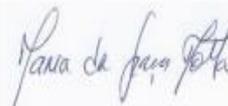
Prof. Dr. Marcos Antônio Brandão:
Membro – Universidade Federal do Rio de Janeiro



Profa. Dra. Marta Georgina Oliveira de Góes:
Membro – Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta:
Membro – PPGENF/UFRGS



“Dedico este trabalho que fiz com tanto amor, aos meus três meninos, seres que adentraram em meu mundo para encher minha vida de alegria, meu irmão, Rogério Giordani da Silva, meu afilhado, Oliver Brondani da Silva e meu sobrinho, Bruno Brondani da Silva. Sou um Ser melhor, graças a presença de vocês no meu mundo.

AGRADECIMENTOS

Realizar este trabalho foi algo muito prazeroso para mim. Me encontrava em cada linha que escrevia, por representar tudo aquilo que acredito ser importante no “ser e fazer” da Enfermagem. Neste sentido, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que colaboraram neste meu trilhar em direção ao doutoramento.

Agradeço ao Universo, Deus, por estar aqui, presente, neste mundo que eu amo!! Eu sou uma apaixonada pela vida!!

Agradeço imensamente aos meus pais, pai, mãe e padrasto, por investirem e acreditarem em mim, sempre, desde criança, me estimulando a estudar, a buscar crescer sempre, a financiar meus estudos e me ajudarem sempre que eu precisei. Todo este apoio, mas acima de tudo, o amor e o carinho, foram essenciais para eu chegar até aqui. Amo vocês!!

Agradeço meu irmão, Rogério Giordani da Silva e minha cunhada, Láurem Brondani, que me acolheram em sua casa, na Holanda, em um momento tão crítico, e juntos compartilhamos momentos incríveis, que me fortaleceram para seguir em frente.

Agradeço à minha irmã Laura Palmi da Silva, que me ajudou com os lindos diagramas do meu trabalho, eu simplesmente amei!!

Agradeço à minha prima Larissa Giordani Tozzi, que, nestes últimos 3 anos, tem dividido a vida comigo, cuidou dos meus filhotes para eu poder ir à Espanha realizar meu doutorado sanduíche e que, certamente, contribuiu para esse período ser mais leve. Minha parceira de academia, brunch e muitas maratonas no Netflix!!

Agradeço a Janaína Prates, minha pupila, bolsista do Núcleo de Pesquisa – NECE, que foi fundamental para a realização da minha tese. Minha eterna gratidão por toda a ajuda!!

Agradeço aos meus colegas da Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e aos pacientes, os Seres no Mundo da DRC, que aceitaram participar da minha pesquisa e tornaram este estudo possível. Certamente ouvir os depoimentos de cada um me emocionou, me fez refletir e me tornou um Ser melhor!!

Agradecimientos a mí Profesora de la Espanha, Maravilla Giménez Fernández, que me ha recibido de una forma muy cariñosa, enseñando y orientando no solo las cosas de la tesis, pero también de la cultura y del ejercicio profesional de la Enfermería en su país.

Ao professor Marcos Brandão, que no SINADEN em 2018, realizado em Florianópolis, por meio da sua palestra, no curso sobre “Referenciais Teóricos”, despertou em mim o interesse em desenvolver uma teoria, e desafiou-me a escrevê-la e enviá-la para que ele pudesse lê-la —

desafio este que levei a sério e que cumpri determinadamente. Minha gratidão pelas sugestões na qualificação e pelos convites a participar das diferentes atividades do TECCONSAE.

À Dra. Marta Góes, agradeço toda ajuda durante esse percurso, com sua expertise sobre o método da teoria fundamentada em dados, não só na banca de qualificação, mas também em inúmeras vezes em que solicitei ajuda no desenvolver do trabalho. Minha gratidão!!

Nestes 25 anos que eu vivo a Enfermagem, 5 anos de graduação e 20 anos de formada, ninguém foi tão especial e presente nesta trajetória como minha Professora Orientadora Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. Eu fui sua primeira aluna bolsista de iniciação científica, e trabalhamos muito no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, juntamente com a Mariléa, para implementar o sistema de diagnóstico e prescrição de enfermagem que é modelo para o Brasil, e que foi idealizado por ela. A senhora sempre foi meu exemplo de “Ser e Fazer” Enfermagem, com ética, conhecimento e determinação. Eu, acadêmica de terceiro semestre, acompanhava algumas discussões técnica do grupo de enfermeiros do Hospital e pensava, nossa, como minha professora é inteligente, eu quero ser uma enfermeira assim, como ela. Fui enfermeira do Hospital, ainda na gestão dela como Coordenadora, depois como minha chefia no Serviço de Emergência. Fui orientanda no Mestrado, e quis o universo que eu retornasse para o Doutorado, e aqui estamos. Ela foi homenageada como a Melhor Enfermeira do Brasil em 2017 pela ABEN, e, para mim, ela sempre foi e será a melhor!!! Eu tive sempre uma professora, uma orientadora, uma mãe, uma amiga, convivi com a família dela, conheci seus pais, seus filhos e netos. Tivemos estresses e discussões daquelas do tipo que tenho com minha mãe, pois como dizia minha psicóloga, a gente só briga com quem a gente ama, porque aí sabe que vai haver o perdão, e sempre foi assim entre nós. Tenho muito orgulho de ser sempre sua orientanda, você sempre será a melhor para mim, meu exemplo, e que Deus permita que possamos ainda compartilhar muitos momentos juntas, tenho certeza que pensa como eu, formamos uma excelente dupla. Certamente a senhora é o “ser no mundo da Enfermagem” que brilha, que faz a diferença, e que no meu mundo, sempre terá um lugar especial!! Minha eterna gratidão, amo você!!

RESUMO

Carolina Giordani da Silva. **Teoria de médio alcance da dimensão existencial do ser no mundo da doença renal crônica.** Porto Alegre, 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função renal, acometendo milhões de pessoas no mundo, as quais necessitam realizar uma terapia renal substitutiva (TRS). Embora o avanço tecnológico e científico venha aperfeiçoando métodos terapêuticos pautados nas melhores evidências, muitas vezes se negligencia as complexidades presentes no ambiente de cuidado, como sentimentos, que são considerados evidências qualitativas, inerentes à dimensão existencial do indivíduo. Isto posto, se faz necessário resgatar a singularidade de um cuidado onde o ser humano é o foco. Acredita-se que, por meio de referenciais teóricos que orientem os enfermeiros a identificar esses sentimentos na prática clínica, eles poderão ser contemplados no planejamento do cuidado, tornando-o singular e completo. **Justificativa:** tem-se como tese que uma teoria de médio alcance fundamentada na Teoria Humanística de Enfermagem é relevante para embasar um modelo de cuidado ao paciente em TRS em direção a uma prática clínica que reconheça as evidências qualitativas do paciente, valorizando a dimensão existencial deste e do profissional de enfermagem. **Objetivo:** Desenvolver uma teoria de médio alcance da dimensão existencial do ser no mundo da DRC embasada na Teoria Humanística de Enfermagem. **Metodologia:** Estudo qualitativo (POLIT; BECK, 2011), com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados, segundo Charmaz (2009). O estudo foi realizado no Serviço de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra foi de 7 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 10 pacientes em TRS. Os dados foram coletados entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada, realizada de forma virtual por meio do aplicativo Zoom após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Também foram criados memorandos. As entrevistas foram transcritas e, depois, analisadas no software NVivo 12, para realizar as codificações inicial, focalizada e axial, estabelecer as categorias com suas respectivas subcategorias e elementos estruturais baseadas no referencial teórico da filosofia existencialista e a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979). **Resultados:** Foram encontradas três categorias: 1) Desvelando o ser no mundo da DRC, com duas subcategorias: Ser enfermagem e Ser paciente, e dois pressupostos: Encontrando-se, Preocupando-se; 2) Contexto de cuidado, com duas subcategorias: Ambiente e Temporalidade, e um pressuposto: Passando o tempo; 3) Transcendendo o mundo da DRC, com duas subcategorias: Aceitando a DRC e Projetando possibilidades para transcender, e dois pressupostos: Motivando para transcender e Angústias do ser no mundo da DRC. Elas orientaram a construção da teoria, que está estruturada em quatro metaparadigmas, seis pressupostos, vinte conceitos e afirmações não relacionais, dezenove afirmações relacionais entre os conceitos, fundamentos teóricos e um modelo teórico. **Considerações finais:** A teoria da dimensão existencial do ser no mundo da DRC é abstrata o suficiente para ser aplicável a qualquer “ser” que adentra o mundo da DRC, em diferentes contextos, conferindo-lhe o nível de abstração de médio alcance. Contribui para consolidar a enfermagem enquanto arte e ciência, porque nasce da prática assistencial e da pesquisa, resgatando o que lhe diferencia nas disciplinas da saúde, que é o cuidado de excelência.

Palavras-Chaves: Teorias de Enfermagem, Existencialismo, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Carolina Giordani da Silva. **Middle-range Theory of the Existential Dimension of the *Dasein* in the World of Chronic Kidney Disease.** Porto Alegre, 2022. Thesis (Doctorate in Nursing) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021

The Chronic Kidney Disease (CKD) is characterized by the progressive and irreversible loss of renal function that affects millions of people around the world, who need substitutive Renal Replacement Therapy (RRT). Although technical and scientific advances have improved therapeutic methods based on the best evidences, the complexities of the work environment, such as feelings, are often neglected, despite being considered to be qualitative evidences inherent to the existential dimension of the individual. Consequently, it is necessary to recover a type of care where the human being is the focus. Through theoretical framework that can guide nurses to identify these feelings in clinical practice, these can be included in the planning of care, making it individualized and complete. **Justification:** A middle-range theory based on the Humanistic Nursing Theory is relevant to give the bases of a model for the care of the patient undergoing RRT, leading towards a clinical practice that recognizes the qualitative evidences of the patient and values their existential dimension, as well as that of the nursing professional. **Objective:** To develop a middle-range theory of the existential dimension of the *Dasein* of the CKD, based on the Humanistic Nursing Theory. **Methodology:** Qualitative study (POLIT; BECK, 2011) whose methodological references were based on the Grounded Theory by Charmaz (2009). The study was carried out by the Nephrology Service of the General Hospital of Porto Alegre. The sample included 7 nurses, 3 nursing technicians, and 10 patients undergoing RRT. Data were collected from January 2020 to January 2021 through semistructured interviews carried out online using the application Zoom, after the Free and Informed Consent Form (FICF) had been signed. Memorandums were also created. The interviews were transcribed and later analyzed in the NVivo 12 software for initial, focused, and axial coding, and for the establishment of the categories, the subcategories, and the structural elements based on the theoretical references of existentialist philosophy and on Paterson and Zderad Humanistic Theory of Nursing (1979). **Results:** Three categories were found: 1) Revealing the *Dasein* of the CKD, with two subcategories: Being Nurse and Being Patient, and two presuppositions: Finding oneself, and Worrying; 2) Context of care, with two subcategories: Environment and Temporality, and one presupposition: Passing time; 3) Transcending the work of CKD, with two subcategories: Accepting CKD, and Projecting possibilities of transcendence, and two presuppositions: Motivating for transcendence and Anguish of the *Dasein* of CKD. They guided the construction of the theory, which was structured around four metaparadigms, six presuppositions, twenty concepts and non-relational statements, nineteen relational statements between the concepts, theoretical frameworks, and atheoretical model. **Final considerations:** The theory of the existential dimension of the *Dasein* of the CKD is abstract enough to be applicable to any “being” that enters the world of CKD in different contexts, thus being a middle-range level abstraction. It contributes to consolidate nursing as an art and a science, since it is born from the practices of care and research, recovering that which makes it unique among health disciplines, which is the excellence in care.

Keywords: Nursing Theories, Existentialism, Nursing Care.

RESUMEN

Carolina Giordani da Silva. **Teoría de alcance intermedio de la dimensión existencial del *Dasein* en el mundo de la enfermedad renal crónica.** Porto Alegre, 2022. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es caracterizada por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Ella afecta millones de personas por el mundo, que necesitan de Terapia Renal Sustitutiva (TRS). Aunque el avance tecnológico y científico haya perfeccionado métodos terapéuticos basados en las mejores evidencias, no es raro que las complejidades en el ambiente de cuidado, como los sentimientos, que son evidencias cualitativas inherentes a la dimensión existencial del individuo, sean negligencias. Así, es necesario rescatar la singularidad de un cuidado en que el ser humano es el centro. Por medio de referencias teóricas capaces de orientar los enfermeros a identificar esos sentimientos en la práctica clínica, les podremos identificar en el planeo del cuidado, haciéndole singular y completo. **Justificativa:** La tesis de ese estudio es que una teoría de alcance intermedio basada en la Teoría Humanística de Enfermería es una base relevante para un modelo de cuidado al paciente en TRS, rumbo a una práctica clínica que reconozca las evidencias cualitativas del paciente, valorando su dimensión existencial y la del profesional de enfermería. **Objetivo:** Desarrollar una teoría de alcance intermedio de la dimensión existencial del *Dasein* de la ERC, basada en la Teoría Humanística de Enfermería. **Metodología:** Estudio cualitativo (POLIT; BECK, 2011), con la metodología de Muestreo Teórico según Charmaz (2009). Se realizó al estudio por medio del Servicio de Nefrología del Hospital de Clínicas de Porto Alegre. La muestra incluyó 7 enfermeros, 3 técnicos de enfermería, y 10 pacientes en TRS. Se colectó a los datos de enero de 2020 a enero de 2021 por medio de una entrevista semiestructurada, hecha virtualmente por medio del aplicativo Zoom, después de la signatura del Formulario de Consentimiento Informado (FCI). También fueron criados memorandos. Se transcribió las entrevistas y se las analizó en el software NVivo 12 para hacer codificaciones inicial, focalizada y axial, estableciendo categorías, subcategorías, y elementos estructurales con base en el referencial teórico de la filosofía existencialista y de la Teoría Humanística de Enfermería de Paterson and Zderad (1979). **Resultados:** Tres categorías fueron encontradas: 1) Revelando el *Dasein* de la ERC, con dos subcategorías: Ser enfermero y Ser paciente, y dos presupuestos: Encontrándose y Preocupándose; 2) Contexto de cuidado con dos subcategorías: Ambiente y Temporalidad, y un presupuesto: Pasando el tiempo; 3) Transcendiendo el mundo de la ERC, con dos subcategorías: Aceptando la ERC y Proyectando posibilidades de trascendencia, y dos presupuestos, veinte conceptos y afirmaciones no relacionales, diecinueve afirmaciones relacionales entre los conceptos, bases teóricas, y un modelo teórico. **Consideraciones finales:** La teoría de la dimensión existencial del *Dasein* en el mundo de la ERC es abstracta suficiente para aplicarse a cualquier “ser” que entre en el mundo de la ERC en diferentes contextos, teniendo el nivel de abstracción de alcance intermedio. Ella contribuye para consolidar la enfermería como arte y ciencia, porque nasce de la práctica asistencial y de la pesquisa, rescatando lo que tiene de único en relación con las otras disciplinas de la salud: el cuidado de excelencia.

Palabras clave: Teorías de Enfermería, Existencialismo, Cuidados de Enfermería.

FIGURAS

FIGURA 1-	Estrutura holográfica do conhecimento da enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração.....	26
FIGURA 2-	Relações entre os níveis da teoria.	32
FIGURA 3 –	Esquema Figurativo da Codificação Inicial.	61
FIGURA 4 –	Esquema Figurativo da Codificação Focalizada.....	65
FIGURA 5 –	Esquema figurativo da codificação axial.	71
FIGURA 6 –	Representação das relações existentes na categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”.....	106
FIGURA 7 -	Representação das relações existentes na categoria “Contexto de cuidado”.	113
FIGURA 8 -	Representação das relações existentes na categoria “Transcendendo o mundo da DRC”.....	133
FIGURA 9 –	Modelo da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC. .	142

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1-	Questões do Instrumento de coleta de dados com os profissionais de enfermagem.	56
QUADRO 2 –	Questões do instrumento de coleta de dados com os pacientes em terapia renal substitutiva.	58
QUADRO 3 –	Exemplo de Codificação Inicial	61
QUADRO 4 -	Codificação inicial.	62
QUADRO 5 –	Exemplo de codificação focalizada.....	65
QUADRO 6 –	Codificação focalizada a partir da codificação inicial com renomeação dos conceitos em atenção ao referencial teórico.....	67
QUADRO 7 –	Exemplo de codificação axial.	71
QUADRO 8 –	Exemplo de memorando.	72
QUADRO 9 –	Caracterização da amostra dos profissionais de enfermagem.....	74
QUADRO 10 -	Caracterização da amostra dos pacientes renais crônicos.	75
QUADRO 11 -	Categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”	77
QUADRO 12 –	Categoria “Contexto de cuidado”.	107
QUADRO 13-	Categoria “Transcendendo o mundo da DRC”	114
QUADRO 14 –	Operacionalização da TMA da dimensão existencial para orientar o cuidado ao “ser paciente” no mundo da DRC.....	146

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

DRC – Doença Renal Crnica

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

TSR – Terapia Renal Substitutiva

PBE – Prática Baseada em Evidências

NANDA-I – NANDA Internacional

NIC – Classificao das Intervenoes de Enfermagem

NOC – Classificao dos Resultados de Enfermagem

TMA – Teoria de Médio Alcance

TFD – Teoria Fundamentada em Dados

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

GPPG – Grupo de Pesquisa e Pós-Graduao

COMPESQ – Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem

ENF – Enfermeiro

TENF – Técnico de Enfermagem

P – Paciente

CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1	DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM.....	25
3.1.1	Teoria	31
3.2	MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO DA TEORIA DA ENFERMAGEM HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD (1979)	34
3.2.1	Conceitos	35
3.2.2	Metaparadigmas da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979) .	38
3.2.3	Pressupostos da Teoria Humanística Paterson e Zderad.....	39
3.2.4	Enfermerologia – Método Fenomenológico da Enfermagem.....	44
4	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	48
5	PERCURSO METODOLÓGICO	54
5.1	LOCAL DO ESTUDO	54
5.2	PARTICIPANTES	54
5.2.1	População.....	54
5.2.2	Amostragem Teórica.....	54
5.3	COLETA DOS DADOS	55
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	60
5.5.1	Codificação inicial	60
5.5.2	Codificação Focalizada	65
5.5.3	Codificação axial	71
5.5.4	Construção dos Memorandos.....	72
5.5.5	Codificação teórica.....	73
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	74

6.2	RELAÇÕES TEÓRICAS ENTRE AS EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO E A TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE PATERSON E ZDERAD (1979)	76
6.2.1	Categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”	77
6.2.1.1	<i>Subcategoria “Ser paciente”</i>	78
6.2.1.1.1	<i>Elemento estruturante “Ser-sendo no mundo da DRC”</i>	79
6.2.1.1.2	<i>Elemento estruturante – “Perda da autonomia pelas limitações”</i>	83
6.2.1.1.3	<i>Elemento estruturante “Acostumado a ser cuidado”</i>	87
6.2.1.1.4	<i>Elemento estruturante “Transcendendo a DRC”</i>	89
6.2.1.2	<i>Subcategoria “Ser enfermagem”</i>	90
6.2.1.2.1	<i>Elemento estruturante “Estando presente”</i>	91
6.2.1.2.2	<i>Elemento estruturante “Desvelando possibilidades”</i>	94
6.2.1.2.3	<i>Elemento estruturante “Sendo mediador”</i>	94
6.2.1.3	<i>Subcategoria “Encontrando-se”</i>	97
6.2.1.3.1	<i>Elemento estruturante “Estabelecendo vínculos”</i>	98
6.2.1.3.2	<i>Elemento estruturante “Tornando-se uma família”</i>	99
6.2.1.4	<i>Subcategoria “Preocupando-se”</i>	103
6.2.1.4.1	<i>Elemento estruturante “Sendo empático”</i>	103
6.2.2	Categoria Contexto de cuidado.....	107
6.2.2.1	<i>Subcategoria Ambiente</i>	107
6.2.2.1.1	<i>Elemento estruturante “Adaptando a realidade”</i>	107
6.2.2.1.2	<i>Elemento estruturante “Estabelecendo um espaço de convivência”</i>	108
6.2.2.2	<i>Subcategoria “Temporalidade”</i>	110
6.2.2.2.1	<i>Elemento estruturante “Passando o tempo”</i>	110
6.2.2.2.2	<i>Elemento estruturante “Tornando-se uma rotina”</i>	111
6.2.3	Categoria “Transcendendo o mundo da DRC”	114
6.2.3.1	<i>Subcategoria “Aceitando a DRC”</i>	115
6.2.3.1.1	<i>Elemento estruturante “Renunciando suas possibilidades”</i>	115
6.2.3.1.2	<i>Elemento estruturante “Projetando-se no mundo da DRC”</i>	117
6.2.3.2	<i>Subcategoria “Angústias dos seres no mundo da DRC”</i>	119
6.2.3.2.1	<i>Elemento estruturante “Reconhecendo as incertezas”</i>	119
6.2.3.3	<i>Subcategoria “Motivando para transcender”</i>	122
6.2.3.4	<i>Subcategoria “Projetando possibilidades para transcender”</i>	126

6.2.3.4.1	<i>Elemento estruturante “Estabelecendo estratégias de enfrentamento”</i>	126
7	TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC	134
7.1	CONCEITO DOS METAPARADIGMAS	134
7.2	PRESSUPOSTOS	135
7.3	PRINCIPAIS CONCEITOS E AFIRMAÇÕES NÃO RELACIONAIS	136
7.4	AFIRMAÇÕES RELACIONAIS ENTRE OS CONCEITOS DA TEORIA	139
7.5	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	141
7.6	MODELO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC.....	141
8	PRÁTICA BASEADA NA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC	143
8.1	OPERACIONALIZAÇÃO DA TMA DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC PARA ORIENTAR O CUIDADO.....	146
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Profissionais de Enfermagem.....	157
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Pacientes.....	159
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – enfermeiros e técnicos de enfermagem.....	161
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente	163
	ANEXO 1 - INSTRUMENTO PARA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	165

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é caracterizada por anormalidades da estrutura ou da função dos rins presentes por mais de três meses, além da perda progressiva e irreversível da função renal (DAURGIDAS, 2016). Por este motivo, faz parte do grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Clinicamente, é dividida em cinco estágios, determinados pela taxa de filtração glomerular. O estágio 5, dialítico, representa o grau mais severo da doença. Esse quadro é caracterizado pela presença de sinais e sintomas de uremia e insuficiência da funcionalidade dos rins, levando à necessidade de Terapia de Substituição Renal (TSR) para a manutenção da vida (DAURGIDAS, 2016; SPIGOLON *et al.*, 2018).

O número de portadores DRC vem aumentando gradativamente, sendo considerado um problema mundial de saúde pública, com 225,7 milhões de homens e 271,8 milhões de mulheres renais crônicos. Nos países de alta renda, somam-se 48,3 milhões de homens e 61,7 milhões de mulheres, enquanto em países de média e baixa renda essa população chega a 177,4 milhões de homens e 210,1 milhões de mulheres (MILLS *et al.*, 2015).

No Brasil, conforme o último censo anual da Sociedade Brasileira de Nefrologia, realizado em 2019, o número total estimado de pessoas com DRC em estágio 5 dialítico chegava a 139.691, com aumento médio de 6.881 pacientes (5,43%) em relação ao último ano. O número estimado de novos pacientes que iniciaram diálise, seja hemodiálise ou diálise peritoneal, em 2019 foi 45.852, um aumento de 7,7% em relação ao ano anterior, também observado na taxa de incidência estimada, que foi de 218 pmp, 6,8% maior do que a de 2018 (NEVES *et al.*, 2021).

A hemodiálise é a terapia renal substitutiva prevalente, sendo realizada por 92% dos pacientes renais crônicos, e embora seja uma alternativa de sobrevivência para os portadores de DRC, é um tratamento que muda completamente a rotina e o modo de viver dos pacientes. Essas mudanças perpassam o corpo do paciente, com a realização de fístula arteriovenosa (FAV) ou inserção de cateter, edema, coloração da pele; rotina diária, com diversos cuidados como alimentação e hidratação adequada, restrição de força com o membro da fístula, cuidados de higiene com o cateter, atividade física restrita, deslocamento para clínica de diálise três vezes por semana, no mínimo, para realizar tratamento durante 3h30 a 4h30, o qual necessita de circulação extracorpórea, uso de medicações contínuas, consultas periódicas em ambulatório, o que geralmente acarreta em abandono do trabalho e dificuldade de atividades de lazer com familiares e amigos.

Além disso, é um tratamento que requer manutenção de saúde por período prolongado, direcionado a uma condição clínica que exige precisão e rigor técnico para sua realização, além

de ser considerada uma terapia de alto custo para os serviços de saúde. Isso tem estimulado o desenvolvimento de tecnologias que garantam um tratamento de excelência ao paciente, com melhor custo-benefício.

Neste contexto, pesquisadores na área da saúde têm buscado desenvolver estudos, construindo uma base de conhecimento técnico-científico para fundamentar a prática assistencial, subsidiando a tomada de decisão dos profissionais pautada em evidências científicas, num movimento conhecido como prática baseada em evidências (PBE) (SILVA *et al.*, 2021; CAMARGO *et al.*, 2018).

A prática baseada em evidências (PBE) surgiu na década de 1970, como um movimento para uso consciencioso, explícito e criterioso das melhores evidências disponíveis na tomada de decisão clínica sobre cuidados a pacientes. Está pautada em reconhecer publicações com maior rigor científico, ou seja, estudos com metodologias bem delineadas e conduzidas, com número amostral adequado e testes estatísticos que garantam a veracidade dos dados, tornando-os acessíveis aos profissionais da saúde por meio de revisões sistemáticas e metanálises, diminuindo, assim, as incertezas clínicas. Foi iniciada na medicina como um novo paradigma para o exercício médico e base para as decisões clínicas, onde as evidências de pesquisa deveriam ser promovidas acima da intuição e da opinião de especialistas (DANSKI *et al.*, 2017).

Os princípios para o cuidado de enfermagem pautados em evidências científicas emergem no cenário assistencial frente à necessidade de um melhor controle dos custos, de ampliar a efetividade da assistência mediante limitações econômicas, e de garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados e a segurança do paciente (CAMARGO *et al.*, 2018). Contudo, é reconhecido que a PBE tem uma tendência a descuidar as complexidades presentes no ambiente de cuidado, como sentimentos e emoções, dando ênfase no que pode ser mensurável por meio dos testes estatísticos, em detrimento de circunstâncias que ocorrem a nível individual (OU; HALL; THORNE, 2017) e se evidenciam na condição existencial.

No cuidado a portadores de DRC, além dos sintomas clínicos, é comum os pacientes vivenciarem sentimento de impotência, medos, incertezas, tristeza, depressão, incapacidade, dentre outros, diante das mudanças que exigem uma nova postura de viver, e que para muitos não são compreensíveis. Também estão presentes revolta, raiva, rancor, agressividade, violência, isolamento e desesperança, pois toda sua história de vida precisa ser ressignificada a partir de um diagnóstico de uma doença irreversível e que muitos não aceitam (SALIMENA *et al.*, 2018; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Por outro lado, os pacientes também reconhecem que o tratamento possibilita a espera de um transplante renal, emergindo a

esperança (ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Acredita-se que sentimentos que expressam a condição existencial do indivíduo, como ser singular que é, configuram evidências qualitativas na prática clínica, pois inserem-se na dimensão estética do ser humano¹.

Segundo o filósofo existencialista Martin Heidegger, a condição existencial refere-se ao homem como ser singular, que se mostra na cotidianidade com formas de expressão que podem ser autênticas, próprias e singulares, ou inautênticas, impróprias e impessoais. Sob a ótica existencial, o ser humano possui capacidade de ver, significar e apropriar-se das coisas do mundo a partir de sua própria perspectiva (HEIDEGGER, 2008).

Na minha trajetória profissional, em que pude trabalhar em Clínicas de Terapia Renal Substitutiva em diferentes locais, tais como Guaíba, Cachoeirinha, Porto Alegre, Torres, Venâncio Aires, cidades no Estado do Rio Grande do Sul, tive oportunidade de conviver com pacientes de todas as regiões, nos quais estes sentimentos estavam presentes. Contudo, durante reuniões e discussões técnicas de equipe, nós, enfermeiros, não as contemplávamos em nosso processo de enfermagem, pois nossa prática era norteadada apenas pela evidência clínica em que prevaleciam os sinais e sintomas mensuráveis. A condição existencial do paciente não era valorizada.

Deparando-me com esta realidade, em muitos momentos percebia o quanto a qualidade da assistência que eu prestava era prejudicada pela rotina imposta pelo processo de organização de trabalho e pelo desconhecimento de referenciais teóricos que me permitissem identificar essas evidências qualitativas no cuidado aos pacientes e me orientassem a respeito de como encaminhar essas condições. Isso me causava frustração, pois havia um distanciamento entre o que eu acreditava ser um cuidado de excelência, que me motivou a ser enfermeira, e o que eu efetivamente conseguia realizar.

Esse sentimento de frustração, assim como irritação, decepção, sofrimento ao ver o paciente, por vezes, escolher um caminho que entendemos não ser o melhor para sua saúde, está presente nos profissionais de enfermagem, também, pela sua condição existencial. Neste sentido, é comum os enfermeiros na área de Nefrologia, sentirem-se esgotados emocionalmente pelo estresse que é trabalhar na área, devido à complexidade do paciente e das terapias substitutivas e às intercorrências que ocorrem com frequência com os pacientes, que causam

¹O cuidado estético é onde se reconhece a existência e o desenvolvimento das sensações e percepções, as diversas formas, modos e sentidos de viver, o prazer de ser e estar, a existência do outro e o cuidado como uma oportunidade para ser, para se tornar e construir novas formas de viver, por meio do desenvolvimento da criatividade para o bem-estar da pessoa com respeito pela dignidade humana. Este cuidado personalizado, intersubjetivo e baseado na intuição permite reconhecer e apreciar as qualidades únicas de cada pessoa para responder com compaixão e compreensão no processo de saúde experimentado (RODRÍGUEZ *et al.*, 2017)

medo e insegurança nos profissionais. Tais sentimentos permeiam esses seres durante toda sua trajetória profissional (MORENO *et al.*, 2018).

Na minha condição existencial, minhas vivências de momentos de cuidado ocorreram quando cuidei do meu irmão mais jovem, sendo cuidada pelos meus pais ou avós, o que sempre me acarretou sentimentos de alegria e completude, e me motivou a buscar a enfermagem enquanto profissão. O cuidado como um conforto para alguém que está triste, uma escuta atenta e respeitosa para aqueles que estão angustiados, necessitando serem ouvidos, distante da técnica científica, é uma característica da minha personalidade, que sempre valorizou o estar junto, estar presente, o querer ajudar, confortar, e, certamente, esses traços de minha personalidade guiaram minha escolha profissional.

Frente a isso, fica evidente o quanto é necessário resgatar a singularidade do cuidado onde o ser humano é o foco, e não a doença que ele apresenta. Neste sentido, é necessário compreender que o ser humano é portador de sentimentos entendidos aqui de um ponto de vista existencialista, como algo que sofre (TURATO, 2013).

A enfermagem, inserida neste contexto, é uma disciplina da área de saúde apta a identificar as evidências qualitativas, pois mantém-se junto ao paciente e seus familiares, atuando como mediadora na interação entre os seres envolvidos no processo de cuidado interdisciplinar, recorrendo a recursos que proporcionem melhor qualidade de vida (SILVA; MARCON; SALES, 2014). Por meio do processo de enfermagem, gerencia o cuidado prestado aos pacientes, implementando ações de cunho terapêutico, de promoção e manutenção da ordem orgânica do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar (FERREIRA, 2013).

O processo de enfermagem se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação, e avaliação de enfermagem. Deve estar de acordo com o estado da arte, descrevendo essas etapas coerentemente com a literatura contemporânea da área, embasando-se num referencial teórico que oriente sua execução (GARCIA, 2016) e direcionando a tomada de decisão clínica, por meio do processo diagnóstico, a uma definição mais acurada em resposta ao que observamos e avaliamos no paciente que assistimos.

O processo diagnóstico em enfermagem pressupõe a aplicação de habilidades de pensamento crítico, que ao ser associado a bons dados clínicos e conhecimento consistente, é fundamental para realizar um diagnóstico mais acurado, que considere todos os fatores relevantes do indivíduo (CROSSETTI; GÓES, 2016).

Neste contexto, a enfermagem vem buscando, por meio das classificações, construir uma linguagem comum entre os enfermeiros, a fim de conferir identidade à prática da

disciplina. Dentre tais classificações, destaca-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem NANDA Internacional (NANDA-I), a Classificação das intervenções de enfermagem – NIC e a Classificação dos resultados de enfermagem –NOC. Estas são classificações difundidas e consolidadas na enfermagem, que vem organizando e desenvolvendo taxonomias dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem a nível mundial (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

A NANDA-I orienta o enfermeiro na sua tomada de decisão clínica diante de dados clínicos objetivos mensuráveis, mas também de dados subjetivos, manifestados pelos pacientes no momento da avaliação realizada pelo profissional em direção aos diagnósticos de enfermagem. É composta por treze domínios que abrangem classes e conceitos diagnósticos. Os domínios fazem parte da estrutura organizacional de classificação, são os níveis mais abrangentes, e a partir deles os fenômenos são divididos em grupos principais, permitindo assim identificar determinados conceitos de forma mais ágil e conforme a necessidade. Nesta estrutura, os diagnósticos de enfermagem estão inseridos conforme sua abordagem, que contempla os aspectos biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, emocionais e espirituais, muitos dos quais ainda precisam ser validados pelos enfermeiros (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Contudo, a NANDA-I sustenta a necessidade de estudos que validem os diagnósticos de enfermagem com base na prática clínica, o que vem ao encontro da PBE. Ademais, eu defendo aqui a importância de identificar e validar, também, as evidências qualitativas presentes no processo de enfermagem, pois há uma carência de estudos de validação de diagnósticos de enfermagem na dimensão existencial do indivíduo, e constata-se a predominância no desenvolvimento focado no aspecto biológico dos pacientes (AZZOLIN *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2018; FRAZÃO *et al.*, 2014; ROBLES *et al.*, 2018; SANTANA; TAYNNKELLE; MAGALHÃES 2016; SILVA, 2015; THOMAS-HAWKINS; LATHAM; HAIN, 2017; ZAMPIERON *et al.*, 2009).

Ao se buscar produções científicas cuja temática era DE publicados no *International Journal of Nursing Knowledge* da NANDA-I, dentre os 206 manuscritos publicados no período de 2010 a 2018, foram encontrados apenas 6 (2,9%) que abordaram diagnósticos relacionados aos domínios emocionais, sociais e espirituais.

No contexto de cuidado ao paciente com DRC, esta realidade não é muito diferente. Ao realizar uma busca em duas bases de dados – PUBMED e Web of Science, usando descritores controlados “nursing diagnoses AND Nephrology” com foco na área da doença renal, foram encontrados apenas 4 artigos sobre diagnósticos de enfermagem para pacientes em terapia renal

substitutiva num recorte temporal de 2015 até 2019. Nestes estudos, a prevalência foi de diagnósticos de domínios que contemplam os aspectos biológicos risco para infecção, risco para sangramento, excesso de volume líquido (LEMES; BACHION, 2016), proteção ineficaz (TINÔCO *et al.*, 2018), risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de perfusão renal ineficaz, risco de infecção, risco de trauma vascular, risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo, eliminação urinária prejudicada (SPIGOLON *et al.*, 2018) e proteção ineficaz (TINÔCO *et al.*, 2018). Isso, gera intervenções e resultados que também enfatizam os aspectos biológicos do indivíduo.

Frente ao exposto, a aplicação do processo de enfermagem em atenção à dimensão existencial do ser humano ainda possui lacunas, o que remete à necessidade de o enfermeiro estar atento às evidências qualitativas manifestadas pelo indivíduo durante a avaliação clínica. Sabe-se que a presença dessas e as preocupações ligadas a um problema de saúde levam este indivíduo a um estado de sofrimento vital, o qual deve ser identificado, pois interfere no seu processo de recuperação, compreendendo que assim se confere singularidade ao cuidado prestado. Neste sentido, entende-se que uma atitude clínica significa colocar-se frente a uma pessoa necessitada para, ao menos, compartilhar com ela as ansiedades e angústias pessoais, surgidas com ou agravadas por sua condição de estar doente, havendo, espontaneamente, efeitos psicoterapêuticos. Assim, esta atitude clínica significa que olhos e ouvidos qualificados se aproximam para compreender existencialmente os sofrimentos que acometem o outro. (TURATO, 2013)

Deste modo, concebe-se como incipientes as iniciativas em direção a um cuidado em que o ser humano não tenha suas queixas objetivadas, ou seja, reduzidas apenas a dados mensuráveis, mas que possa estar no centro do processo, sendo ouvido e percebido em sua condição existencial, como um ser único e complexo (OLIVEIRA; CARRARO, 2011).

Acredita-se que, por meio de referenciais teóricos que orientem os enfermeiros a identificar esses sentimentos durante a aplicação do processo de enfermagem, estes possam ser contemplados no planejamento do cuidado, por meio de diagnósticos de enfermagem que reflitam a dimensão existencial do indivíduo, tornando-o singular e completo, na medida em que o ser humano é visto não somente em sua dimensão biológica, mas também nas dimensões emocional e espiritual.

Neste contexto, a aplicação de referenciais teóricos no cuidado de enfermagem ao paciente em terapia renal substitutiva visa nortear a implementação de um plano de cuidados que possibilite restabelecer a saúde do ser humano de uma forma individualizada, em que as teorias de enfermagem contribuam na organização deste cuidado.

As teorias de enfermagem contribuem como referencial ou estrutura organizadora, funcionando como uma representação simbólica de aspectos da realidade para orientar a prática profissional. Têm o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever condições ou relações de fenômenos, orientando a aplicação do processo de enfermagem em diferentes contextos (WALKER; AVANT, 2011). A compreensão tradicional e ocidental da teoria, caracterizada por ser abstrata e livre de contexto influenciou o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem pela adoção de métodos e pesquisas empíricos, o que facilitou a formação da ciência de enfermagem como uma ciência empírica. Essa forma de conceituar a teoria influenciou o desenvolvimento, na ciência social americana, da classificação em grandes teorias e teorias de médio alcance. (HOECK; DELMAR, 2018).

O termo "grande teoria" foi cunhado pelo sociólogo C. W. Mills como uma forma de teorização altamente abstrata, em que a organização formal dos conceitos assumia a prioridade em relação ao mundo social. Uma grande teoria serve como uma explicação geral dos fenômenos em uma disciplina particular, consistindo em um conjunto de conceitos e nas relações entre eles. Em relação a abstração e escopo, é o tipo mais abstrato e mais amplo (HOECK; DELMAR, 2018; PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Dentre os tipos de teoria, destaca-se a teoria de médio alcance (TMA), desenvolvida pelo sociólogo R. K. Merton (HOECK; DELMAR, 2018). As TMAs são hipóteses que podem ser testadas por meio de pesquisa empírica. Consistem em um conjunto limitado de suposições e dados para pesquisar e interpretar, sendo um nível mais concreto e menos abrangente do que as grandes teorias (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

As TMA foram desenvolvidas para tornar as grandes teorias mais concretas, a fim de apoiar as intervenções de enfermagem. Ainda são abstratas, mas presumivelmente testáveis pela observação ou pelo experimento, porque os conceitos derivados logicamente das grandes teorias tornam-se mais concretos e específicos. Portanto, uma das prioridades na ciência da enfermagem é o desenvolvimento de TMAs, que são significativas e aplicáveis na prática clínica, contêm um número limitado de variáveis e relações testáveis e, ainda, fornecem generalidade suficiente para serem cientificamente interessantes (HOECK; DELMAR, 2018; PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Atualmente, um número expressivo de TMAs utilizadas pela enfermagem são oriundas de outras disciplinas, e por este motivo, muitas vezes não conseguem capturar as dimensões essenciais da prática da enfermagem, sendo, portanto, importante desenvolver as próprias da disciplina (McEWEN; WILLS, 2016). Justifica-se esta assertiva pois, como as TMAs abordam fenômenos relativamente concretos e específicos, descrevendo o que eles são, por que ocorrem,

e de que maneira ocorrem, também subsidiam e servem como referenciais teóricos mais compreensíveis no desenvolvimento do processo de enfermagem no que tange aos diagnósticos, intervenções e resultados esperados (McEWEN; WILLS, 2016).

Assim, emerge neste estudo a proposta para o desenvolvimento de uma TMA específica para a enfermagem a partir de uma grande teoria (McEWEN; WILLS, 2016; WALKER; AVANT, 2011), como a teoria humanística de Paterson e Zderad (1979). Neste contexto, insere-se o paciente em terapia renal substitutiva, cuja condição existencial necessita ser avaliada, no processo de cuidado da enfermagem.

Acredita-se que a teoria humanística de Paterson e Zderad (1979) quando propõe concretamente que as enfermeiras abordem a enfermagem consciente e deliberadamente como uma experiência existencial, venha ao encontro desse modo de olhar o “ser humano” em sua singularidade, suprimindo esta lacuna na prática clínica.

A teoria humanística de Paterson e Zderad (1979) pressupõe que a ciência da enfermagem se desenvolve a partir das experiências vividas entre enfermeiros e pacientes, sendo o significado dessa experiência o ponto de partida para se estabelecer uma relação intersubjetiva. Portanto, para as autoras, os cuidados prestados pela enfermagem seguem em busca do bem-estar e do ser-mais (potencial humano), estabelecendo um encontro entre pessoas únicas (eu e tu), norteado por um chamado (necessidade) e uma resposta intencional (o cuidado).

A enfermagem humanística é, em si mesma, uma forma particular de diálogo humano, ou diálogo vivo, compreendido como uma conversação entre duas ou mais pessoas, isto é, uma forma de relacionamento intersubjetivo, que caracteriza-se por encontrar-se, relacionar-se e estar presente. É a partir dele que a enfermagem vai conciliar a razão, a sensibilidade e a subjetividade no cuidado (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015; PATERSON; ZDERAD, 1979).

Diante disto, Paterson e Zderad (1979) afirmam que o ser humano não existe de modo abstrato, mas está em constante relação com o outro de forma genuína, o que significa que, se o sujeito for valorizado em sua singularidade e subjetividade, será reconhecido como ser existencial. Deste modo, é necessário que se reconheça em cada homem uma existência singular em sua situação, lutando e rivalizando com seus semelhantes para sobreviver e chegar a ser, para confirmar sua existência e entender seu significado. Portanto, entende-se que a singularidade é uma capacidade universal da espécie humana, que deve ser considerada no contexto de cuidado (WOLF; BAILEY, 2013).

Constata-se que este referencial teórico se estrutura em conceitos e pressupostos em direção a um cuidado que atenta para além da dimensão biológica do paciente. Entretanto

acredita-se que a teoria humanística de enfermagem não está estruturada em um modelo que seja operacional para ser aplicada na prática, guiando o enfermeiro a olhar, ouvir e reconhecer as evidências qualitativas que conferem singularidade a cada indivíduo.

Assim, acredita-se que a aplicação do processo de enfermagem baseado no referencial teórico humanista de Paterson e Zderad (1979) possa nortear de forma simples a coleta de dados e a identificação de diagnósticos de enfermagem numa dimensão existencial. Entende-se que este processo possibilitará um cuidado individualizado ao paciente em terapia renal substitutiva, contribuindo para a qualidade do cuidado neste contexto.

Frente ao exposto, tem-se como tese deste estudo que desenvolver uma teoria de médio alcance, fundamentada em um referencial teórico humanista como a Teoria de Paterson e Zderad (1979), é relevante para embasar um modelo de cuidado ao paciente em terapia renal substitutiva, em direção a uma prática clínica que reconheça as evidências qualitativas do indivíduo, valorizando a dimensão existencial deste e do profissional de enfermagem.

Neste sentido, emergiu neste estudo a seguinte questão: que relações teóricas podem ser estabelecidas entre a prática clínica realizada no contexto da terapia renal substitutiva e os conceitos do referencial teórico de Paterson e Zderad para a constituição de uma teoria de médio alcance?

Com o propósito de contribuir para o cuidado de enfermagem ao paciente em terapia renal substitutiva, esta pesquisa tem como objeto de estudo identificar evidências qualitativas, relativas às questões existenciais do ser humano, na prática clínica da enfermagem neste contexto de cuidado e relacioná-las à teoria humanística de Paterson e Zderad (1979).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Gerar uma TMA da Dimensão Existencial do Ser no Mundo da Doença Renal Crônica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar evidências qualitativas inerentes à condição existencial do ser humano na prática clínica de enfermagem, realizada no contexto das terapias renais substitutivas;
- b) Estabelecer relações teóricas entre as evidências qualitativas identificadas no paciente em terapia renal substitutiva e a teoria humanística de Paterson e Zderad.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Apresenta-se, a seguir, o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem e o referencial teórico-filosófico de Paterson e Zderad (1979) que embasará a teoria em terapia renal substitutiva.

3.1 DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO NA ENFERMAGEM

A enfermagem, a partir de Florence Nightingale, vem se constituindo como uma profissão muito influenciada pelo modelo biomédico. Neste sentido, Florence preconizou a necessidade de intervenções capazes de promover a qualidade dos cuidados prestados, preocupando-se com o ambiente externo e interno do paciente, numa visão integral do ser humano (GOES, 2016).

Entretanto, até final do século XX, a enfermagem era vista mais como uma ocupação do que propriamente uma profissão, pois as ações executadas pelos enfermeiros eram percebidas como uma extensão daquelas prestadas por cuidadores como as mães, por exemplo. Além disso, a estreita relação da prática da enfermagem com a medicina, contribuiu para que os enfermeiros identificassem e organizassem o seu corpo de conhecimento profissional. Contudo, existe uma base de conhecimentos em crescimento, um código de ética, exigências de registro para prática profissional e uma expansão em pesquisas para qualificar a assistência prestada pela enfermagem, que sustentam que a enfermagem é uma profissão jovem, em evolução (McEWEN; WILLS, 2016).

Como ciência, a enfermagem é definida, segundo Barret (2002), como conhecimento substantivo, específico à disciplina, que enfoca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de enfermagem, direcionando a evolução deste conhecimento na área.

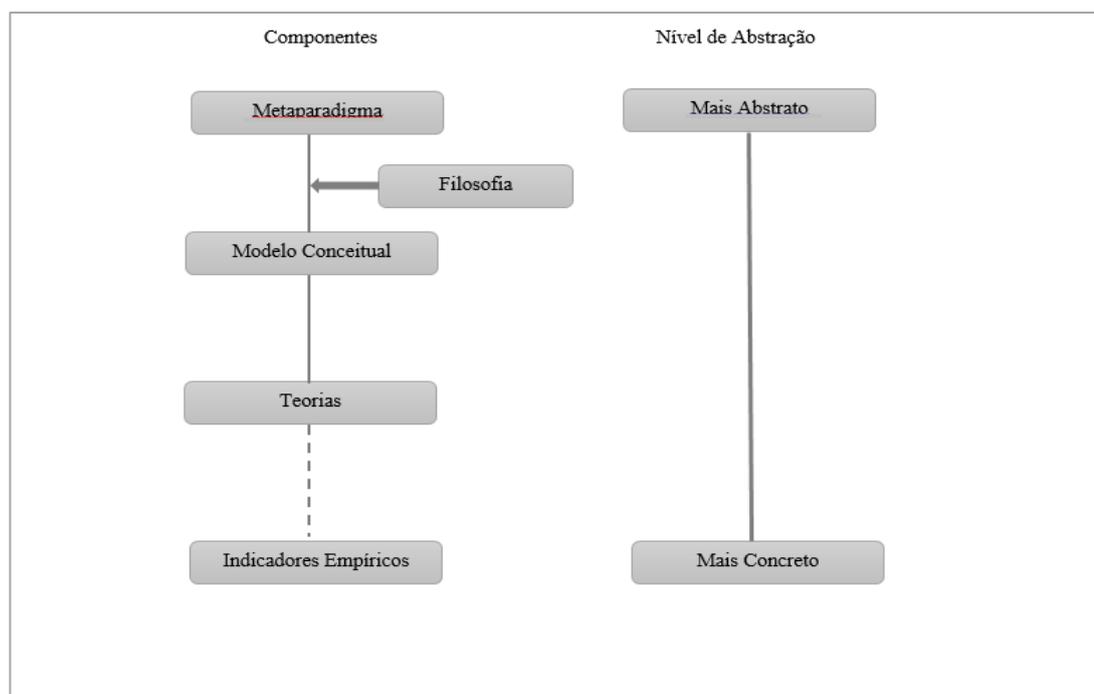
Contudo, a aplicação da teoria de enfermagem na disciplina ainda produz discussões acerca da sua aplicabilidade. Há também divergência sobre o fundamento filosófico da disciplina, no que se refere ao que os enfermeiros devem focar, a autocura ou o cuidado, e sobre a epistemologia da enfermagem, em que se reflete se o conhecimento deve ser derivado da racionalidade ou das relações, que juntos constituem os problemas que se têm com o desenvolvimento da teoria e seu uso na prática. Isto tem acarretado a exclusão das teorias de enfermagem nos cursos de graduação e, portanto, da prática de enfermagem, a qual tem sido mais orientada para tarefas, com vistas a aumentar a eficácia, em consonância com a mercantilização da sociedade (HOECK; DELMAR, 2018).

Em contrapartida, Fawcett e Desanto-Madeya (2013) afirmam que a enfermagem possui duas dimensões: a ciência de enfermagem, construída por meio da pesquisa, e a profissão de enfermagem, que se concretiza pela prática, a qual deve ser constantemente atualizada. Neste sentido, a disciplina de enfermagem é compreendida como uma ciência básica, cujo objetivo é expandir o conhecimento sobre os fenômenos que ocorrem nas experiências dos seres humanos durante o processo de saúde-doença por meio da investigação e conceituação criativa.

Portanto, na busca de se fortalecer enquanto profissão e aprimorar a prática de cuidado, a enfermagem ao longo da sua evolução, desenvolveu ferramentas que possibilitaram qualificá-la não só como profissão, mas sobretudo como uma ciência, pautada em pressupostos e teorias próprias, as quais servem como referenciais para modelos de cuidados sistematizados que orientam a prática profissional (FERREIRA, 2013).

Neste sentido, o conhecimento da enfermagem foi descrito por meio de uma hierarquia estrutural que o classifica, em ordem decrescente, em metaparadigma, filosofia, modelos conceituais, teorias e indicadores empíricos de acordo com a FIGURA 1. Todos estes componentes, exceto os indicadores empíricos, são constituídos por conceitos e proposições.

FIGURA 1- Estrutura holográfica do conhecimento da enfermagem contemporânea: componentes e níveis de abstração.



Fonte: Fawcett & Desanto-Madeya, 2013.

“Conceito” é uma palavra que sumariza um fenômeno, como uma ideia, observação ou experiência (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). Conceitos podem ser abstratos (esperança, amor, desejo) ou relativamente concretos (dor, temperatura do corpo). São formulados em palavras que os conferem significados, permitindo serem comunicados, direta ou indiretamente, por meio da visão, do olfato, do paladar e do toque. Geralmente, tornam-se variáveis usadas em hipóteses que são testadas em pesquisas e na produção do conhecimento. (McEWEN; WILLS, 2016). Como os significados conceituais são dinâmicos, devem ser definidos para um contexto específico em que o pesquisador deseja determinar para o termo (McEWEN; WILLS, 2016).

O metaparadigma é definido como os conceitos globais que identificam o fenômeno de interesse central para a disciplina, as proposições globais que descrevem os conceitos e que estabelecem as relações entre estes (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013). É o componente mais abstrato e geral da hierarquia do conhecimento de enfermagem (McEWEN; WILLS, 2016). Existem quatro exigências para um metaparadigma: deve identificar um domínio que seja distinto das outras disciplinas — para tanto, os conceitos e as proposições representam uma perspectiva para os questionamentos e a prática; deve englobar todos os fenômenos de interesse para a disciplina com parcimônia — logo, os conceitos e as proposições devem ser globais e sem redundâncias; deve ter perspectiva neutra — portanto, os conceitos e proposições não devem representar uma perspectiva específica. Um metaparadigma deve ser global no âmbito e na substância, o que significa que os conceitos e proposições não podem refletir crenças e valores particulares de um local, cultura ou etnia específicos (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; MCEWEN; WILLS, 2016).

Os conceitos que compreendem o metaparadigma de enfermagem são: o ser humano, a saúde, a enfermagem e o ambiente. Cada um desses conceitos tem associada uma proposição não relacional, ou seja, uma definição destes conceitos, a qual é chamada de definição constitutiva. A ligação entre estes conceitos é feita por meio da explicitação de proposições relacionais (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; PRIMO, 2015).

As proposições não relacionais dos metaparadigmas da enfermagem, que são definições constitutivas dos conceitos do metaparadigma são, segundo Fawcett & Desanto-Madeya (2013): ser humano refere aos indivíduos, e estes são reconhecidos na cultura, assim como nas famílias, comunidades e outros grupos ou agregados que são participantes na enfermagem; ambiente refere-se aos seres humanos e outros ambientes significativos, bem como, aos contextos em que a enfermagem ocorre, que vão desde casas particulares a instalações de cuidados de saúde às comunidades e à sociedade como um todo, considerando as condições

cultural, social, política e econômica locais, regionais, nacionais e mundiais, que estão associadas com a saúde dos seres humanos; saúde refere-se aos processos de viver e morrer dos seres humanos; enfermagem refere-se à definição de enfermagem, às ações tomadas pelos enfermeiros em nome ou em conjunto com os seres humanos, e aos objetivos ou resultados das ações de enfermagem.

O segundo componente da estrutura do conhecimento da enfermagem é a filosofia, que pode ser definida como afirmações ontológicas sobre os fenômenos de interesse central de uma disciplina, afirmações epistêmicas sobre como esses fenômenos se tornam conhecidos, e afirmações éticas com base nas quais os membros de uma disciplina fazem julgamentos de valor (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

A filosofia da enfermagem é descrita como um enunciado de pressupostos fundamentais e universais, crenças e princípios sobre a natureza do conhecimento e do pensamento e sobre a natureza das entidades representadas no metaparadigma. Assim, refere-se à visão de mundo da profissão, proporcionando perspectivas para prática, ensino e pesquisa. Procura entender a verdade, descrever a enfermagem, examinar a previsão e a causalidade, e relacionar criticamente teorias, modelos e sistemas científicos (McEWEN; WILLS, 2016).

A filosofia de enfermagem engloba conteúdo de abordagens ontológicas e epistêmicas sobre os fenômenos de interesse para a disciplina da enfermagem e de abordagens éticas sobre as ações e práticas de enfermagem e o caráter dos indivíduos que optam por praticar a enfermagem. As abordagens ontológicas englobam a totalidade das suposições sobre a natureza do mundo ou parte da realidade em questão, a natureza do ser — na enfermagem, afirmam o que se acredita sobre a natureza do ser humano, o meio ambiente, a saúde e sobre a própria enfermagem. As abordagens epistêmicas, por sua vez, abordam o "conhecimento em si: o que é, quais são suas propriedades e por que ele tem essas propriedades" (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Os argumentos ontológicos e epistemológicos nas filosofias de enfermagem refletem uma ou mais visões contrastantes de mundo, as quais levam a diferentes definições acerca dos conceitos metaparadigmáticos, distintas declarações sobre a natureza das relações entre esses conceitos e a outras formas de generalizar e testar o conhecimento sobre os conceitos e suas ligações (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; PRIMO, 2015).

O terceiro componente na estrutura holográfica é o modelo conceitual, que é compreendido como uma estrutura de ideias construída em torno de uma determinada área de atividade, neste caso, a enfermagem. Pode ser entendido também como a organização sistemática de conceitos e suas definições, fundamentadas em uma filosofia e pressupostos que

dão direção à prática (NÓBREGA; BARROS, 2001). Já McEwen e Wills (2016) referem que os modelos ou estruturas conceituais detalham uma rede de conceitos, descrevendo suas relações, e assim, explicam os fenômenos da enfermagem.

O termo modelo conceitual é sinônimo dos termos estrutura conceitual, sistema conceitual, paradigma e matriz disciplinar. Tais modelos existem desde que as pessoas começaram a pensar em si mesmas e em seus arredores, e estão presentes em todas as áreas da vida e em todas as disciplinas. Tudo o que os seres humanos veem, ouvem, leem e experimentam é filtrado por meio da lente cognitiva de algum referencial conceitual (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Os conceitos de um modelo conceitual são tão abstratos e gerais que não são observados diretamente no mundo real e não se limitam a nenhum indivíduo, grupo, situação ou evento em particular. Possuem proposições que também são tão abstratas e gerais que não são passíveis de direcionar observação ou teste empírico. Podem ser proposições não-relacionais, que são descrições gerais ou definições constitutivas dos conceitos do modelo conceitual, ou relacionais, as quais estabelecem as relações entre conceitos de modelos conceituais de maneira relativamente abstrata e generalizada (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Os modelos de enfermagem foram desenvolvidos por enfermeiras docentes americanas numa tentativa de formular uma base de conhecimentos que guiasse a prática da profissão. Neste sentido, vários modelos foram construídos, refletindo os conceitos, ordenando, descrevendo e explicando o conhecimento de enfermagem (NÓBREGA; BARROS, 2001).

Para Bender (2018), em contraponto ao conceito de modelo conceitual, os modelos são representações da dinâmica ativa, ou mecanismos, de um fenômeno. Mecanismos são entidades e atividades organizadas de maneira que produzam mudanças regulares. É importante ressaltar que os mecanismos, por definição, não são estáticos: a mudança pode alterar o mecanismo e, assim, alterar ou criar fenômenos inteiramente novos. Modelos são instrumentos, ferramentas, dispositivos de investigação, que funcionam para gerar a compreensão de um fenômeno. Com o tempo, tornou-se reconhecido que os modelos constituem e são constitutivos do conhecimento, podendo funcionar independentemente da teoria, mas ainda fornecer relatos significativos e acionáveis dos fenômenos de interesse.

O quarto componente da estrutura do conhecimento é a teoria, um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições interpretativas que ajudam a explicar ou orientar a ação do profissional, sendo os pressupostos entendidos como crenças preconcebidas e aceitas como verdades, e não, portanto, testados empiricamente, embora geralmente sejam confirmados (NÓBREGA; BARROS, 2001). Os pressupostos podem ser fundamentados no conhecimento

aceito ou nas crenças e valores pessoais e embora não sejam suscetíveis a testes, podem ser questionados filosoficamente (McEWEN; WILLS, 2016).

A teoria também é descrita como a explicação sistemática de um evento em que os componentes e conceitos são identificados e os relacionamentos são propostos. Acredita-se que os modelos conceituais e as teorias podem criar mecanismos que permitam que os enfermeiros comuniquem suas convicções profissionais, além de fornecer uma estrutura moral e ética para orientar suas ações (McEVEN; WILLS, 2016).

As teorias são narrativas que acompanham o modelo conceitual. Geralmente oferecem uma descrição detalhada de todos os componentes do modelo e delineiam as relações na forma de proposições (McEVEN; WILLS, 2016). Assim, entende-se que uma teoria oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, como uma conceitualização articulada da realidade, proporcionando um meio sistemático de coletar dados para descrever, explicar, prever e prescrever os cuidados de enfermagem (WALKER; AVANT, 2011).

Uma teoria que confere identidade a uma disciplina científica é caracterizada por ser explícita, ou seja, é apresentada tão completa que pode ser entendida por qualquer ser humano racional — intuição e interpretação não estão contempladas aqui. Deve ser universal — verdadeira em todos os momentos e em todos os lugares — e resumida — portanto, não contém exemplos específicos. Necessita ser discreta, sistemática, e deve conter elementos livres de contexto, de modo que elementos descontextualizados sejam relacionados uns aos outros por regras e leis. Precisa ser previsível e completa, ou seja, todas as variações nos elementos devem ser especificadas para prever algo (DELMAR, 2017).

O último componente da estrutura holográfica do conhecimento são os indicadores empíricos. Estes são identificadores de conceitos muito específicos e concretos para uma teoria de médio alcance, ou seja, instrumentos reais, condições experimentais ou procedimentos usados para observar ou medir um conceito de teoria de médio alcance. A informação obtida a partir de indicadores empíricos é tipicamente chamada de “dado” (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; McEVEN; WILLS, 2016)

Os indicadores empíricos são um aspecto dos métodos de pesquisa usado para reunir evidências sobre a adequação empírica de uma teoria de médio alcance. Sua função é fornecer os meios pelos quais as teorias de médio alcance são geradas ou testadas. Portanto, são instrumentos que produzem dados que podem ser classificados em categorias qualitativas ou calculados como pontuações quantitativas. Eles são, na verdade, protocolos ou scripts que direcionam as ações de maneira precisa. Estão diretamente ligados às teorias por meio da definição operacional de cada conceito que compõe a mesma. Entretanto, não há conexão direta

entre indicadores empíricos e modelos conceituais, filosofias ou o metaparadigma (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

Isto posto, e considerando o objetivo deste estudo, é relevante que nos aprofundemos no quarto componente da estrutura holográfica do conhecimento, de modo a compreendê-lo melhor.

3.1.1 Teoria

Teoria se refere a um conjunto de conceitos relativamente específicos e interrelacionados que abordam fenômenos de interesse, proposições e definições que descrevem amplamente esses conceitos, os quais foram derivados de crenças filosóficas, de dados científicos e dos quais questões ou hipóteses podem ser deduzidas, testadas e verificadas (GÓMEZ RAMÍREZ; CARRILLO GONZÁLEZ; ARIAS 2016; McEVEN; WILLS, 2016).

Smith e Parker (2015) referem que a teoria de enfermagem é uma abordagem indutiva e/ou dedutivamente derivada de fenômenos de enfermagem coerentes, criativos e focados que enquadram, dão significado e ajudam a explicar aspectos específicos e seletivos da pesquisa e da prática de enfermagem.

As teorias de enfermagem têm como objetivo maior caracterizar, a partir da inter-relação conceitual, os fenômenos que configuram domínio de interesse da profissão. Podem ser consideradas aportes epistemológicos fundamentais à construção do saber e à prática profissional, pois auxiliam na orientação dos modelos clínicos da enfermagem, possibilitando que os profissionais descrevam e expliquem aspectos da realidade assistencial, auxiliando no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área. Neste sentido, teoria e prática caminham lado a lado e estão sustentadas pelas evidências da pesquisa científica, trazendo benefícios diante de sua capacidade de produzir e sustentar conhecimento consistente que ampararia a profissão na atuação em contextos complexos como o do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) (SCHAURICH; CROSSETTI 2010; BRANDÃO *et al.*, 2019).

Teorias contemplam em si mesmas visões de mundo de realidades que são compatíveis com o grupo, tempo e cultura que as produziram, podendo, portanto, serem falhas, pois possuem tendências que variam de acordo com o contexto em que são aplicadas ou o fenômeno a que se referem. Contudo, essa premissa é que torna necessário que teorias de enfermagem sejam desenvolvidas e aplicadas como instrumental teórico em contextos específicos da prática de profissionais de enfermagem, representando tanto estruturas para desenvolvimento e testagem de tecnologias e conhecimentos, quanto, em si mesmas, tecnologias leves e leve-duras

indispensáveis para qualificar a assistência em direção a um cuidado mais efetivo (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Ao longo do desenvolvimento de diferentes teorias na disciplina da Enfermagem, surgiu a necessidade de classificá-las quanto a seu alcance ou nível de abstração, o que está diretamente relacionado a seu nível de especificidade e à concretude de seus conceitos e proposições. Assim, do nível mais abstrato ao menos abstrato, temos a metateoria, filosofia ou visão de mundo, grandes teorias, teorias de médio alcance (TMA) e teorias práticas, conforme a figura 2.

FIGURA 2- Relações entre os níveis da teoria.



Fonte: Adaptado de Walker e Avant (2011).

A metateoria descreve a base filosófica da disciplina, significando teoria sobre a teoria e preocupando-se com a geração do conhecimento e com o desenvolvimento das diferentes teorias na disciplina. Os aspectos filosóficos e metodológicos neste nível incluem a identificação das finalidades e os tipos de teorias necessários para a enfermagem, o desenvolvimento e a análise dos métodos para a criação das mesmas, e a proposição de critérios para avaliá-las (McEVEN; WILLS, 2016; WALKER; AVANT, 2011)

As grandes teorias são as mais complexas, inespecíficas e com conceitos relativamente abstratos que carecem de definições operacionais, o que dificulta seu uso no campo empírico do cuidado. Estão embasadas em valores e crenças fortemente sustentados sobre a enfermagem, e dentro de contextos de várias visões de mundo, sendo padrões que orientam o pensar, ser e fazer da enfermagem (BRANDÃO *et al.*, 2019; McEVEN; WILLS, 2016; SMITH; PARKER, 2015). Além disso, derivam diretamente de modelos conceituais e podem servir como pontos de partida para o desenvolvimento de teorias de médio alcance (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

As TMA são amplas o suficiente para serem úteis em situações complexas, mas são apropriadas para indicadores empíricos. São substancialmente específicas e englobam um número limitado de conceitos e proposições que são escritos em um nível relativamente concreto e específico. Os estudiosos da disciplina se propuseram a usar este nível de teoria, pois esta pode atender às demandas do cuidado profissional da saúde e da enfermagem de forma mais simples e aplicável, considerando sua capacidade de operar exatamente entre o nível abstrato das grandes teorias e o nível empírico da testagem e construção de hipóteses na realidade (BRANDÃO *et al.*, 2019; FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; McEVEN; WILLS, 2016).

Cada TMA aborda um fenômeno relativamente concreto e específico, descrevendo o que é, explicando por que ou prevendo como ocorre. Frequentemente, tal fenômeno é um único conceito; nesse caso, o conceito é o nome do fenômeno, composto por categorias que podem ser chamadas de dimensões. A proposição é uma descrição das categorias como dimensões mutuamente exclusivas, sobrepostas, hierárquicas ou sequenciais, que pode ser chamada de tipologia ou taxonomia (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013).

O desenvolvimento de uma TMA perpassa cinco abordagens, de acordo com McEven e Wills (2016), sendo elas: indução por meio da pesquisa e da prática; dedução a partir da pesquisa e da prática ou da aplicação de grandes teorias; combinação de teorias de médio alcance de enfermagem e de não enfermagem existentes; derivação a partir de teorias de outras disciplinas que têm relação com a enfermagem; e derivação de diretrizes práticas e padrões com base na pesquisa.

As TMA surgem da combinação de pesquisa e prática e da fundamentação teórica de outros trabalhos, como as grandes teorias por exemplo. As fontes usadas para gerar esse tipo de teoria incluem revisões da literatura, pesquisa qualitativa, estudos de campo, modelos conceituais, taxonomias de diagnósticos e intervenções de enfermagem, diretrizes da prática clínica, teorias de outras disciplinas e análises estatísticas de dados empíricos (FAWCETT; DESANTO-MADEYA, 2013; McEVEN; WILLS, 2016).

Variações da ideia de desenvolvimento de TMA a partir da pesquisa são relativamente comuns. Neste sentido, teóricos sugerem a combinação de pesquisa qualitativa com revisão de literatura, análise de conceito, síntese de conceito, síntese de teorias e outras técnicas nesse processo de construção teórica (McEVEN; WILLS, 2016; WALKER; AVANT, 2011).

Entende-se que as TMA devem possuir uma linguagem acessível aos profissionais para serem aplicada na prática clínica, e devem ser de conhecimento dos enfermeiros. Para favorecer o desenvolvimento e o uso das TMA, é necessário articular claramente o nome da teoria,

descrever de forma sucinta as abordagens usadas para sua geração, esclarecer os vínculos conceituais da teoria proposta em um modelo diagramado, elucidar os vínculos pesquisa-prática que ela propõe e explicar a associação entre a teoria e a enfermagem como disciplina (McEVEN; WILLS, 2016).

As teorias práticas, também conhecidas como microteorias ou teorias prescritivas, têm o escopo e nível de abstração mais limitados e são desenvolvidas para uso dentro de uma gama específica de situações de enfermagem. Possuem um efeito mais direto sobre a prática de enfermagem do que as grandes e médias teorias, fornecendo subsídios para intervenções de enfermagem e sugerindo resultados e/ou o efeito da prática de enfermagem (McEVEN; WILLS, 2016; SMITH; PARKER, 2015).

Este nível de teoria contém menor número de conceitos e refere-se a fenômenos específicos, facilmente definidos e de alcance estreito, explicando um aspecto pequeno da realidade e sendo, geralmente, prescritivas. Tem como uma das principais fontes para o seu desenvolvimento a experiência diária dos enfermeiros. Neste sentido, as ações de enfermagem podem ser descritas ou desenvolvidas como teorias práticas (McEVEN; WILLS, 2016; SMITH; PARKER, 2015). Além disso, resultados de pesquisas sobre vários problemas de enfermagem são fontes de dados importantes para subsidiar o desenvolvimento de teorias prática de enfermagem (SMITH; PARKER, 2015).

3.2 MARCO TEÓRICO-FILOSÓFICO DA TEORIA DA ENFERMAGEM HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD (1979)

Neste estudo, o referencial teórico filosófico que irá embasar o desenvolvimento da teoria de médio alcance para pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva será a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979).

A Teoria Humanística de Enfermagem surgiu em 1976, a partir das vivências de Paterson e Zderad na docência e no atendimento de enfermagem em psiquiatria e saúde mental (SILVA *et al.*, 2018).

A teoria da prática da enfermagem humanística propõe que enfermeiros abordem a enfermagem com a deliberada consciência de que se trata de uma experiência existencial. Assim, ao refletir sobre seus conceitos, podem descrever fenomenologicamente os estímulos que recebem, suas respostas, e o que chegam a conhecer por meio da sua presença na situação de cuidado ao próximo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A estrutura teórica da enfermagem humanística e suas descrições estão alicerçadas na perspectiva de estudiosos de várias disciplinas, incluindo Martín Buber, Gabriel Marcel, Carl Rogers, Carl Jung, Pierre Teilhard de Chardin, Rollo May e outros (WOLF; BAILEY, 2013).

As teóricas estavam convencidas de que a enfermagem, como vivenciada pelos enfermeiros, exigia reflexão e diálogo cuidadosos sobre os fenômenos da enfermagem. Significados pessoais de enfermeiros e pacientes, presença de enfermeiros e estar com os pacientes foram centrais para o seu trabalho (BAUMANN, 2012).

Assim, segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermagem humanística é uma experiência vivida entre seres humanos. Cada circunstância da enfermagem evoca e influi reciprocamente na expressão e nas manifestações da capacidade destes seres humanos para a existência e sua condição para ela.

Isso implica, no profissional, uma responsabilidade pela sua própria condição ou capacidade de ser. Frente a isso, o termo enfermagem Humanística foi escolhido cuidadosamente para designar uma referência teórica que se propõe reafirmar e iluminar esta responsabilidade como inerente e fundamental a toda a enfermagem artístico-científica (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Portanto, a enfermagem humanística é mais que uma relação unilateral sujeito-objeto, tecnicamente competente e caridosa, guiada em benefício de outro. É uma relação transacional que se responsabiliza por investigar, e cuja expressão demanda a conceituação embasada na consciência existencial que o enfermeiro tem de seu ser e do outro (PATERSON; ZDERAD, 1979).

3.2.1 Conceitos

Neste sentido, defendendo que a experiência existencial permite o conhecimento humano do ser e da qualidade de ser do outro, as autoras fundamentaram sua teoria em conceitos advindos da filosofia existencialista, os quais foram:

Singularidade-qualidade de ser outro

Cada homem necessita ser reconhecido como existência singular em uma dada situação, lutando com seus companheiros para sobreviver e chegar a ser, e assim, confirmar sua existência e entender seus significados. Logo, só o homem, em sua singularidade, pode descrever a construção do projeto representado por ele mesmo em cada situação. Essa

imponente e solitária capacidade humana produz esperança e medo no que diz respeito ao desenvolvimento de seu “ser mais” humano. Assim, ao mesmo tempo em que o homem é único, paradoxalmente, também é como seus congêneres. Sua singularidade é uma característica comum a todos os demais homens (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Autenticidade-vivência

A consciência existencial requer a autenticidade consigo mesmo. Como aspiração visionária, a autenticidade e a sensibilidade são mais do que o que geralmente se denomina consciência intelectual. Nela estão implicadas respostas sensoriais, e cada uma destas pode conferir um significado único para a consciência do homem. A suscetibilidade a estas sensações e as respostas a elas proporcionam informação sobre a qualidade do ser, a permanência e o grau de presença desse ser em outros. Nesse tipo de relação existencial, de presença com o outro, o enfermeiro se confronta com o homem como ser singular em sua própria realidade predisposta, peculiar ou transformada. Portanto, cada um tem seu próprio mundo de vivências. Logo, a existência humana poderia ser descrita como “homem-mundo” ao invés de “homem e mundo”, assim como alguns se referem ao homem como mente-corpo. O que o homem compartilha como espécie universal e aquilo que não compartilha, seus hábitos característicos, influem e interagem entre si constantemente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Portanto, a enfermagem humanística possibilita ao profissional, em seu processo de investigação, reconhecer a complexidade dos homens em sua relação com o mundo da enfermagem, a saber, como são exatamente o homem e sua natureza, sua condição humana, suas vivências e sua capacidade de poder ser, acontecer (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ser mais – uma alternativa

Na teoria humanística de enfermagem, este tipo de vivência é considerado autêntico, genuíno, ou deixar ser o que é. Refere-se ao homem consciente de si mesmo, não necessariamente expressando seus impulsos, porém consciente de suas respostas humanas a seu mundo e do significado das mesmas. Logo, esta teoria trata da visão de mundo em que os enfermeiros consideram os diferentes pontos de vista, como realidades que estão além dos juízos normais de negativo-positivo, bem e mal, respeitando as escolhas de cada um (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Valioso – não valioso

Para que a pessoa possa oferecer uma presença genuína a outros, deve existir dentro dela a convicção de que essa presença é valiosa e produz uma troca na situação. Se, para o enfermeiro, ela é valiosa, ele a oferecerá em seu cuidado a outros (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Além da influência do existencialismo, as autoras utilizaram a fenomenologia, buscando o significado do vivido na perspectiva da própria pessoa. Estas são percebidas mediante a ênfase que Paterson e Zderad dão ao significado da vida como é vivida, a natureza do diálogo e a importância do campo perceptivo (SILVA *et al.*, 2018).

A fenomenologia dirige-se ao estudo da coisa em si. Na teoria da prática da enfermagem humanística, a coisa em si é a situação da enfermagem experimentada existencialmente. Tanto a fenomenologia como o existencialismo valorizam a experiência, as capacidades do homem para a surpresa e o conhecimento e exaltam o desenvolvimento do novo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Paterson e Zderad consideraram o fenômeno de enfermagem como a “coisa em si” ocorrendo, todos os dias, no mundo da enfermagem como uma experiência vivida. Elas descreveram a complexidade deste fenômeno encontrado nas situações da profissão como um alicerce e parte da fundação da disciplina conectados a correntes da enfermagem artística, científica e tecnológica (SILVA *et al.*, 2018).

Neste sentido, as autoras afirmam que os enfermeiros vivem eventos importantes da vida ao lado de outros seres humanos, tais como criação, nascimento, triunfo, inexistência, perda, separação, morte. Essas relações empáticas de “EU-TU” com as pessoas durante as experiências reais vividas e suas próprias histórias adquiridas por meio da experiência ou do estudo, fazem única a mediação da situação da enfermagem. É por meio da sensibilidade do ser, da consciência autêntica e da reflexão sobre estas experiências, que o enfermeiro chega a se conhecer. Entretanto, ele precisa descrever o que chega a conhecer, sua perspectiva singular e suas respostas; o chamado e a resposta recíproca, a mediação, o modo em que ocorrem na situação da enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem humanística requer que as formas humanas de existência nas situações da enfermagem sejam registradas e que, mediante essa descrição, os enfermeiros possam compreender melhor e, assim, se relacionar com o homem como ele é. O processo de como descrever os eventos da enfermagem vincula a existência deliberada, responsável, consciente,

alerta, sem prejuízo deste profissional para com a situação da enfermagem, seguida pela reflexão disciplinada autêntica e a descrição (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Experiências tais como a raiva, a frustração, a espera, a apatia, a confusão, a incerteza, a objeção, a surpresa, o conflito, a dor de cabeça, o choro, o riso e a alegria podem ser interpretadas teórica e analiticamente com rapidez, classificadas e abandonadas. O ato de examinar, reexaminar, meditar, pensar e repassar o contexto da situação em que se dão essas experiências proporciona informação que pode produzir conhecimento sobre a existência humana singular, tanto do enfermeiro quanto do outro participante durante sua interação, contribuindo para a construção de uma linguagem comum na enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

3.2.2 Metaparadigmas da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1979)

Enfermagem

A enfermagem implica em um encontro especial entre pessoas, numa resposta de cuidado aos males da condição humana, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do estar melhor. O significado da enfermagem como ato humano está no ato mesmo. Portanto, para entendê-lo, é necessário considerar a enfermagem como um existente, ou coisa em si, um fenômeno que ocorre no mundo real das vivências humanas. É um tipo de diálogo vivido como uma experiência intersubjetiva (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

É importante ressaltar que o cuidado dos doentes varia em relação ao contexto sociocultural em que se pratica. Desse modo, a enfermagem só é um elemento no complexo sistema evolutivo do cuidado de saúde, pelo qual aparece continuamente em novas formas especializadas. Portanto, é difícil tratar do fenômeno da enfermagem em geral sem usar algum enfoque particular relativo a seu contexto clínico, funcional ou social (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Saúde

A saúde é valorizada como necessária para a sobrevivência e com frequência se propõe como a meta da enfermagem. É mais que a ausência de doença. Os indivíduos possuem potencial para estabilidade, para um estar melhor, um existir mais pleno, tornando-se tudo que

é humanamente possível. Neste sentido, a saúde está relacionada a encontrar sentido na vida, por meio das experiências no mundo vivido (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Seres Humanos

Existencialmente, o ser humano é produto de suas decisões. É um ser individual, relacionando-se necessariamente com outros homens no tempo e espaço, e por este motivo, a interdependência é inseparável da situação humana. Neste sentido, a experiência humana é coexistência. Cada ser humano, ao mesmo tempo que é independente, singular e interdependente, é um ser necessariamente relacionado (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Além disso, é por meio de suas relações com outros seres humanos que o homem chega a ser, que sua individualidade singular se realiza. Saber-se “individual” é viver como uma pessoa singular e particular no aqui e agora, distinta a outra pessoa do aqui e agora. Em outras palavras, conhecer-se como “Eu” é se ver em relação a outros seres e ao mesmo tempo distante deles (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Comunidade

É a resultante de muitos homens ou seres humanos em luta por um propósito comum, com possibilidades de ser e chegar a ser mais. É o espaço individual deste ser singular – o homem, em conjunto com outros homens também singulares, que por meio do partilhar intersubjetivo de significados, tornam-se comunidade. No fenômeno da enfermagem, é o espaço em que os seres humanos são confortados e cuidados, é onde acontecem as relações (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

3.2.3 Pressupostos da Teoria Humanística Paterson e Zderad

O significado da enfermagem humanística se encontra no fenômeno da enfermagem tal como se vive cotidianamente. É por isso que o desenvolvimento inter-relacionado da teoria e da prática da enfermagem humanística depende da experiência, conceituação e participação do ponto de vista particular de cada enfermeiro em relação a suas vivências no mundo da enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Os elementos do marco de referência neste contexto incluem os seres humanos (paciente e enfermeiro) reunidos (ser e tornar-se) em uma transição intersubjetiva (estar com e fazer com) com um propósito definido (alimentar o bem-estar ou estar-mais) que se dá no tempo e espaço (tal como o estimam e vivem o paciente e o enfermeiro) em um universo de homens e coisas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Para o desenvolvimento da enfermagem humanística é essencial investigar e descrever seu caráter intersubjetivo, encontrando as palavras apropriadas nos vocabulários técnicos, e inclusive, talvez, criando uma terminologia que permita comunicar a essência e a qualidade da experiência da intersubjetividade (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Diálogo vivido

A enfermagem é em si mesma uma forma particular de diálogo humano, ou seja, o fenômeno da enfermagem representado pelo evento experimentado pelos participantes no mundo da vida diária é um diálogo cujo conceito é usado no sentido existencial. Assim, é entendido como diálogo vivido como uma forma particular de relação intersubjetiva. Portanto, a enfermagem é um modo dialogal de ser em uma situação intersubjetiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A partir do diálogo vivido entre enfermeiro e paciente são conciliadas razão e sensibilidade, objetividade e subjetividade, o zelar e o confortar no ato de cuidar. Além disso, este se caracteriza como um relacionamento criativo entre enfermeiro e paciente, em que estão envolvidos o encontrar-se, relacionar-se e estar presente, sempre incluindo um chamado e uma resposta (ARAÚJO; ARAÚJO 2015; SILVA *et al.*, 2018).

Além disso, o diálogo vivido permite a interação com o sujeito ativo do processo, mesmo quando o ser paciente está impossibilitado de se comunicar verbalmente. Portanto, a interação é mais que um fator ou aspecto deste diálogo, é a relação básica na qual e através da qual ocorre o fenômeno da enfermagem (MORAIS *et al.*, 2014; PATERSON; ZDERAD, 1979).

Encontro

O ato da enfermagem implica um encontro de seres humanos, sendo um tipo especial de encontro porque tem uma finalidade, pois tanto o enfermeiro, como o paciente tem uma meta ou uma expectativa em mente. Portanto, a transação intersubjetiva tem significados para eles.

Isso significa que o paciente e o enfermeiro são dois indivíduos singulares que se reúnem com um propósito. No sentido existencial, cada um deles é produto de sua própria escolha; logo, cada um vai ao encontro como ser humano singular que é (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Além disso, alguns fatores podem influenciar esse encontro, tais como a decisão de revelar-se ou conter-se para o outro, a disponibilidade de um para o outro, o escutar e valorizar desejos, sentimentos e comportamentos, para que juntos possa-se planejar um cuidado adequado (MERCÊS; ROCHA, 2006; SILVA *et al.*, 2018).

Relacionar-se

Como resposta humana a uma pessoa que necessita de ajuda, o ato da enfermagem é necessariamente uma transação intersubjetiva, ou, em outras palavras, quando o enfermeiro e o paciente se reúnem em uma situação própria da enfermagem, cada um tem que “fazer” com o outro. Dado que ambos são seres humanos, seu “fazer com” significa “estar com”. Nesse sentido, os seres humanos podem relacionar-se como sujeito e objeto (por exemplo, como conhecedor a coisa conhecida) e como sujeito e sujeito, isto é, como pessoa e pessoa. Ambos os tipos de relação são essenciais para a existência humana genuína (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A relação intersubjetiva também é necessária para a existência humana. Por isso, uma pessoa desenvolve seu potencial humano e torna-se um indivíduo singular mediante sua relação com os outros homens. Uma pessoa pode relacionar-se com outra pessoa como um objeto, por exemplo, como uma mera função (paciente, enfermeira, supervisor) ou como um caso ou tipo clínico (esquizofrênico, cardíaco, paciente terminal). Tais relações sujeito-objeto ou “Eu-Isso”, permitem que se conheça outros através de abstrações, conceituações, categorizações e rótulos, diferindo totalmente das relações sujeito-sujeito ou “Eu-Tu”, em que é possível conhecer o outro em sua individualidade singular (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Por isso, tanto a relação sujeito-sujeito, como a relação sujeito-objeto, são essenciais para os processos clínicos da enfermagem. Ambos são elementos integrais da enfermagem humanística (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Presença

As atividades da enfermagem colocam o enfermeiro e o paciente em uma proximidade física estreita, porém, isso, em si mesmo, não garante a intersubjetividade genuína na que um

homem se relaciona com outra pessoa como uma “presença”, mais que como um objeto (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A enfermagem é um diálogo vivo, um estar com e fazer com, dirigido a fomentar o bem-estar e estar-mais. O fato de ser dirigida modifica ou caracteriza a presença dialógica. Como enfermeiro, deve-se estar aberto ao outro como uma presença e ser acessível a ele, disponível e desprovido de qualquer julgamento de modo recíproco, e ser capaz de identificar, de modo verbal e não verbal, as necessidades emergentes do outro, atendendo-as adequadamente. Muitas vezes, torna-se um comportamento de difícil alcance (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015; PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Chamado e resposta

A enfermagem é um chamado e resposta que tem um propósito determinado, isto é, que se relaciona com alguma classe particular de ajuda no domínio da saúde e da doença. O paciente chama o enfermeiro com a esperança de receber atenção e ver satisfeita sua necessidade de ajuda. Ele está solicitando algo. O enfermeiro responde ao paciente com a intenção de ajudá-lo, de atendê-lo; logo, o enfermeiro espera ser necessitado (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ao refletir sobre a prática da enfermagem, é obvio que o chamado e a resposta no diálogo vivido se desenvolvem em ambas as direções, ou seja, são transacionais, tanto o paciente como o enfermeiro, chamam e respondem dentro de uma estrutura de tempo e espaço, acontecendo de modo verbal e/ou não verbal (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

O ato mesmo da enfermagem tem um significado para cada interlocutor, os quais podem diferir (por exemplo, falar e escutar, alimentar e ser alimentado). Além disso, como uma expressão conduzida, este transmite uma mensagem, um reflexo da condição existencial do enfermeiro (por exemplo, ansiedade, pressa, aflição, ausência, presença, presença plena). Mais ainda, pode servir de ocasião, ou ainda de catalizador para iniciar o diálogo até uma direção em um nível verbal (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Objetos

O diálogo da enfermagem se desenvolve em um mundo real de objetos, os quais são correntes da vida cotidiana e todos os tipos de aparatos clínicos. Todos os tipos de objeto

influenciam nas transações enfermeiro-paciente, e para estes, sua influência varia e podem experimentá-la de modo diferente (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ao ingressar em um serviço de saúde, seja uma clínica ou hospital, o paciente percebe a si mesmo como um ser em um mundo estranho de objetos novos. Em lugar de seus familiares, está rodeado por uma equipe clínica, máquinas, instrumentos, medicamentos, o que pode causar medo, confusão, dor, ou trazer segurança por exemplo. Por outro lado, o enfermeiro pode considerar os mesmos objetos de um modo diferente. Assim, quando o enfermeiro e o paciente participam em uma situação, os objetos de seu universo compartilhado têm diferentes significados para eles. Os objetos em si mesmos, assim como as relações das pessoas com eles, podem servir para alentar ou inibir a transação intersubjetiva da enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Tempo

Para considerar a enfermagem dialogal tal como se experimenta no mundo real, deve-se concebê-la tal como acontece no tempo, não somente no tempo cronológico, mas também no tempo vivido pelo paciente e o enfermeiro (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Quando o diálogo do enfermeiro é genuinamente intersubjetivo, tem um tipo de sincronicidade que se faz evidente no “estar com” e no “fazer com” da enfermeira com o paciente. Este tipo de oportunidade se relaciona com o caráter transacional da enfermagem e com seu propósito de fomentar o desenvolvimento do potencial humano. Isto se experimenta na abertura, acessibilidade e na presença, assim como também nas ações de cuidado próprias da enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Espaço

Ao explorar o diálogo da enfermagem tal como ele se vive no mundo real, percebe-se que este também é influenciado pelo espaço real e pelo espaço experimentado pelo paciente e pelo enfermeiro. Quando pensamos nas comodidades do cuidado de saúde, o espaço pode ser sinônimo de coisas tais como camas, salas de espera, áreas de tratamento, entre outros. Naturalmente, o ambiente físico pode servir para facilitar ou impedir o diálogo da enfermagem; entretanto, a experiência pessoal do espaço pode ser ainda mais importante (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O “sítio” é um tipo de espaço vivo, personalizado, ou ainda mais pessoalmente, um lugar em que se sente pertencendo ou do qual faz parte. O paciente pode sentir-se fora de seu lugar num centro de saúde, enquanto este pode ser um lugar familiar para o enfermeiro. Por tanto, um enfermeiro e um paciente podem estar juntos em um lugar e ainda assim, um se sentir como em sua casa e o outro não. Para o enfermeiro, o estar verdadeiramente com o paciente implica que o conheça em seu espaço vivo, no seu aqui e agora, pois o espaço vivo está vinculado com o tempo vivo (PATERSON; ZDERAD, 1979).

3.2.4 Enfermerologia – Método Fenomenológico da Enfermagem

A enfermerologia é um método fenomenológico, embasado no existencialismo, que tem como objetivo a realidade do homem, seu modo de perceber o mundo, e sua tendência ao estado subjetivo-objetivo. Este método aspira a ser um instrumento para a descrição da situação clínica profissional da enfermagem, que é em realidade um mundo subjetivo-objetivo que ocorre entre seres subjetivos-objetivos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A aplicabilidade da enfermerologia fenomenológica vai desde a formulação de planejamentos de enfermagem até criação de proposições teóricas. Pode ser aplicada a dados clínicos próprios e aos dados clínicos de outros profissionais (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A singularidade de cada enfermeiro determina uma responsabilidade para compartilhar seu conhecimento particular com outros seres humanos em luta. Só através da descrição que cada um faz, pode haver correção e síntese complementar que permitam o avanço da disciplina (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Fases da Enfermerologia fenomenológica

Fase 1 – Preparação da enfermagem cognoscente para chegar ao conhecimento

Este método compromete o investigador a assumir riscos e a considerar-se um objeto de estudo. Assumir riscos requer uma decisão, e esta impõe confrontar a ambivalência, em si mesmo, de querer ser responsável e dependente ao mesmo tempo. O investigador deve estar consciente de seu próprio ponto de vista e aberto a dar pontos de vista que são evidentes nos dados, ou seja, dar a representação requerida (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Preparar a mente para conhecer o campo da clínica ou da pesquisa pode ser feito de vários modos. Um deles é realizando revisões de literatura, refletindo sobre esta e comparando-

a com o que já se conhece — no caso, a prática de enfermagem. Neste sentido, o enfermeiro busca o autoconhecimento, e neste processo, corre o risco de se deparar com sua possível incapacidade de manter atitudes mais humanas (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Fase II – A enfermagem conhece intuitivamente o outro

Conhecer o homem por meio da ampliação de sua imaginação permite introduzir-se na duração, no ritmo e na mobilidade do outro. Viver o ritmo do outro possibilita, assim, um conhecimento absoluto, intuitivo, inexpressável e único do outro. Assim, da intuição pode-se passar para análise, mas jamais se pode passar da análise para a intuição (PATERSON; ZDERAD, 1979).

A intuição é considerada como uma meditação das condições e uma síntese mental que produz juízos verdadeiros, já que os padrões dominantes são a seleção inteligente, a estimativa e a solução de problemas. Na investigação da prática de enfermagem, o problema a resolver é o conhecimento que se tem do outro, do modo em que ele vive e vê seu mundo. Podemos dizer, então, que o enfoque desta etapa é a fase transacional da enfermagem. Quando os enfermeiros respondem à singularidade do paciente, não se impõem, mantêm sua capacidade de surpresa, questionamento e presença autêntica (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Fase III – A enfermagem conhece cientificamente ao outro

O homem conhece de modo incompleto quando permanece fora da coisa que pretende conhecer, quando, metaforicamente, a rodeia e a observa. Este processo analítico, este ver os muitos aspectos da coisa, ele concebe como a função habitual da ciência positivista (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Assim, nesta fase, propõe-se que o estudioso que vivencia o outro intuitiva e absolutamente conceitue depois a experiência e a expresse segundo seu potencial humano. Do ponto de vista das limitações humanas, isto só é possível sequencialmente, enquanto nossas vivências reais fluem de modo simultâneo. As palavras são símbolos e categorias conhecidas, empregadas para transmitir a experiência e negar, assim, a singularidade de cada experiência realizada. Este é o momento autêntico de se refletir, analisar, classificar, comparar, contrastar, relacionar, interpretar, nomear e categorizar (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

A terceira parte desta metodologia é igual à fase da prática clínica de enfermagem, sobre a qual, aqui, o enfermeiro revive e reflete, transcrevendo seu ponto de vista particular. Neste estado reflexivo, o enfermeiro analisa, considera as relações entre os componentes, sintetiza temas e conceitua ou interpreta simbolicamente a visão sequencial desta realidade vivida no passado. O desafio de comunicar uma realidade vivida no campo da enfermagem demanda autenticidade com o ser e um esforço rigoroso na seleção das palavras e das frases precisas (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Fase IV- A enfermagem sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

Nesta fase, o enfermeiro investigador compara e sintetiza múltiplas realidades conhecidas. Nesta comparação e síntese, o “Eu” do investigador assume a posição do objeto de conhecimento. O que conhece permite o diálogo entre as múltiplas realidades conhecidas e estas não se conhecem diretamente entre si. O que conhece interpreta, seleciona e classifica (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Neste objeto humano de conhecimento, as diferenças descobertas em realidades semelhantes não rivalizam, uma não nega a outra. Cada uma pode ser verdadeira e estar presente “simultaneamente”. As diferenças só podem fazer visíveis as realidades maiores de cada uma e, quando encontradas, podem despertar ou trazer à consciência outros planejamentos relacionados com os dados. Este processo dialético e oscilante continua ao longo da reflexão das realidades múltiplas. Este diálogo indireto é o que registra o investigador como síntese complementar. Esta fase é como a etapa da prática clínica em que o enfermeiro compara e sintetiza as semelhanças e diferenças de situações parecidas e chega a uma visão ampliada (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Fase V – Sucessão do múltiplo para a unidade paradoxal como processo interno da enfermagem

Esta fase da enfermerologia é absolutamente necessária. O investigador pode lutar com a multiplicidade de pontos de vista que formam agora parte consciente dele mesmo. Pode corrigir perspicazmente e expandir seu próprio ponto de vista ao relacionar e considerar as relações entre os múltiplos pontos de vista. Não se trata do tipo de correção certo-errado, uma vez que essa só significaria uma recorrência frustrante e eterna da natureza. Mais bem, essa correção toma a forma de uma inclusão cada vez maior (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Ao estabelecer uma luta com a comunhão de ideias diferentes, o sujeito cognoscente dá um salto intuitivo por meio destas ideias e, inclusive, ultrapassa-as, para chegar a uma compreensão maior. Poderá então lograr uma concepção ou abstração que seja inclusiva e vá além das multiplicidades e contradições. Esta concepção ou abstração inclusiva é uma expressão do presente do investigador, que compreende velhas e novas verdades que não se contradizem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Esta fase pode equiparar-se à prática clínica da enfermagem em que o conhecimento da disciplina é impulsionado. Nesta, o enfermeiro vai além das multiplicidades e das contradições e chega a uma concepção importante para a maioria ou para todos (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Este método não segue o processo de enfermagem convencional, mas utiliza uma abordagem sistemática de interação com o paciente. Portanto, é um instrumento para aumentar significativamente as realidades conceituais do mundo da enfermagem e compartilhá-las, permitindo um avanço no processo de construção do conhecimento originado do mundo vivido da disciplina (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo metodológico, que se caracteriza pela investigação dos métodos de obtenção e organização de dados (POLIT; BECK, 2011) de natureza qualitativa, com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) segundo Charmaz (2009).

A investigação qualitativa, em consonância com o tema desta pesquisa, é descrita como holística, por possibilitar a compreensão da totalidade do fenômeno em estudo. Além disso, é flexível, por permitir adequações no percurso de realização da pesquisa. O papel do pesquisador é fundamental no desenvolvimento do estudo por possibilitar a sua imersão no ambiente em que o estudo ocorre, visando explorar a complexidade do fenômeno em investigação a partir da experiência humana relatada pelas pessoas que o vivenciam (POLIT; BECK, 2011).

A TFD surgiu a partir dos estudos de Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss sobre o processo da morte em hospitais. Os autores deram aos seus dados um tratamento analítico explícito e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição da morte. À medida em que construíram as suas análises do processo da morte, desenvolveram estratégias metodológicas sistemáticas que poderiam ser adotadas por outros cientistas para estudos de temas variados, as quais resultaram no livro *The Discovery of Grounded Theory* (1967), onde os autores articularam as estratégias e defenderam o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, ao invés da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (CHARMAZ, 2009).

Nas subseqüentes aplicações da TFD por cada um dos autores acima citados, foram evidenciadas diferentes abordagens. Glaser manteve a estrutura clássica do método, especialmente, no que se refere ao empirismo objetivo para a condução das investigações, sendo, por exemplo, impossível definir a pergunta de pesquisa antes de ir a campo, graças à preocupação do pesquisador com o que acontece na realidade. Deste modo, ele se mantém imparcial, e inicia a pesquisa de forma aberta, delimitada apenas pela área de investigação (LACERDA; SANTOS *et al.*, 2019).

Já Strauss identifica claramente o problema a ser investigado, indo ao campo, com uma pergunta previamente elaborada, apesar das possibilidades de mudanças no rumo da pesquisa, por exigência dos próprios dados, e assim, também faz emergir uma teoria. Assim, o autor conduziu a TFD para verificação e critérios de validação, incorporando novos instrumentos de análise, os quais contribuíram no delineamento da teoria. Por outro lado, Glaser manteve-se na indução, na criatividade pura do pesquisador e no pragmatismo (LACERDA, SANTOS *et al.*, 2019; CORBIN; STRAUSS, 2015).

Já Charmaz, que foi aluna de Glaser, propôs a interpretação construtivista do método em 2000, em que defende que a teoria é construída e não descoberta, a partir dos significados e expressões dos participantes acerca da realidade pesquisada (LACERDA, SANTOS *et al.*, 2019; CHARMAZ, 2009).

A TFD é caracterizada pela construção do conhecimento pautada na relação entre a situação problema e a pesquisa reflexiva, que envolve inferência, julgamento e tem expressões associadas ao mundo das contingências: os aspectos temporais cabíveis ao pensar e ao processo. Além disso, permite a relação entre o saber e a cultura, posto que não se pode produzir conhecimento descontextualizado da matriz cultural em que se pretende aplicá-lo; e assim, valoriza a experiência como parte importante da pesquisa. Somando-se a isso, esse método considera a natureza cumulativa do conhecimento, ao considerar que o que é apreendido da realidade não pode estar separado da perspectiva operativa, e todo o conhecimento construído gera a base de outros pensamentos, e sua aplicação é a base para a ação (LACERDA, SANTOS *et al.*, 2019; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os métodos da teoria fundamentada favorecem a percepção dos dados de uma nova perspectiva e a exploração das ideias sobre os dados por meio de uma redação analítica já na fase inicial, permitindo conduzir, controlar e organizar a coleta de dados e construir uma análise original dos mesmos. Seus métodos baseiam-se em diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coletar e analisar os dados visando a construção de teorias fundamentadas nos próprios dados, os quais fornecem a base da teoria. Sua análise origina os conceitos construídos (CHARMAZ, 2009).

Por meio da TFD, estuda-se os dados e inicia-se sua separação, classificação e sintetização por meio da codificação qualitativa. Codificar significa associar marcadores a segmentos de dados que os representam, além de refiná-los e classificá-los, gerando um instrumento para que seja possível estabelecer comparações com outros segmentos de dados. Assim, ao se estabelecer e codificar numerosas comparações, a compreensão analítica dos dados começa a tomar forma. O pesquisador redige anotações analíticas preliminares sobre os códigos e comparações, bem como qualquer outra ideia que ocorra sobre os dados, criando os chamados memorandos (CHARMAZ, 2009).

Por meio das categorias analíticas e as relações delas extraídas obtém-se um instrumento conceitual sobre a experiência estudada, permitindo, dessa forma, a construção de níveis de abstração direta dos dados. Neste sentido, a lógica da TFD pode alcançar áreas substantivas e o domínio da teoria formal, o que significa gerar conceitos abstratos e especificar as relações entre eles para compreender os fenômenos em diversas áreas (CHARMAZ, 2009).

A TFD ficou conhecida não apenas por seu rigor e sua utilidade, mas também por seus pressupostos positivistas. Neste sentido, segue rigor na coleta de dados, análise dos dados e concepções sistemáticas, tal como evidenciado nos métodos quantitativos (LACERDA, SANTOS *et al.*, 2019). Os pesquisadores podem utilizar suas diretrizes básicas como a codificação, a redação de memorandos e a amostragem para o desenvolvimento de teoria, sendo que os métodos comparativos são, de muitas formas, neutros. As diretrizes da TFD descrevem as etapas do processo de pesquisa, além de fornecerem um caminho para esse processo, podendo ser adotadas e adaptadas para a realização de estudos diversos. Os métodos da TFD podem complementar outras abordagens da análise de dados qualitativos (CHARMAZ, 2009).

A teoria decorrente dos estudos que utilizam a TFD é denominada teoria substantiva, e é uma interpretação ou explicação teórica de um problema delimitado em uma área específica do conhecimento (CHARMAZ, 2009). A operacionalização da TFD, fazendo emergir a teoria fundamentada nos dados, por meio da indução e da dedução, mostrou a potência da pesquisa qualitativa para desenvolver explicações teóricas sobre o comportamento humano, indo além da mera descrição da realidade (LACERDA; SANTOS *et al.*, 2019).

Tarozzi (2011) destacou, dentre os traços característicos da TFD, a exploração dos processos subjacentes aos fenômenos estudados com o objetivo de evidenciar quais processos sociais e psicológicos embasaram estes fenômenos. Além disso, enfatizou a simultaneidade da coleta e análise dos dados, a utilização do método da comparação constante em todos os níveis de análise, a codificação a partir dos dados, a elaboração de conceitos ao invés de descrições, a realização de memos, diagramas, mapas conceituais, ilustrações para auxiliar na compreensão e a construção das categorias.

A TFD ganhou significado nos campos da sociologia médica, psicologia e psiquiatria, entretanto, com o seu amadurecimento além da área da saúde, tem se expandido para outras disciplinas do conhecimento, tais como administração e educação (LACERDA; SANTOS *et al.*, 2019).

Neste estudo, optou-se pelo referencial construtivista de Charmaz (2009), a qual orienta que se preste atenção no que se vê, se ouve e se sente durante a realização de cada entrevista para aquisição de dados. Estes, por sua vez, são construídos por meio das observações, das interações e dos materiais que vão sendo reunidos sobre o tema do estudo ou sobre o ambiente. Estuda-se as experiências e os eventos empíricos, seguindo a intuição e as ideias analíticas potenciais sobre eles.

Segundo Charmaz (2009), a codificação na teoria fundamentada gera os ossos da análise, e a integração teórica agregará esses ossos para formar um esqueleto de trabalho.

Portanto, a codificação representa mais do que um começo, ela define a estrutura analítica a partir da qual se constrói a análise. Neste sentido, incentiva o estudo da ação e dos processos.

A codificação é o elo fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Os códigos manifestam-se em conjunto, como elementos da teoria nascente que explicam esses dados e orientam uma nova coleta de dados. A realização cautelosa da codificação permite tecer dois dos principais fios da teoria fundamentada: os enunciados teóricos passíveis de generalização, que transcendem épocas e lugares específicos e as análises contextuais das ações e dos eventos (CHARMAZ, 2009).

A codificação na TFD compreende pelo menos duas fases principais: uma fase inicial que envolve a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado, seguida por uma fase focalizada e seletiva, que utiliza os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes quantidades de dados. Durante a codificação inicial, o objetivo é permanecer aberto a todas as direções teóricas possíveis indicadas pelas leituras dos dados. Posteriormente, utiliza-se a codificação focalizada para detectar e desenvolver as categorias que mais se destacam em grandes quantidades de dados. A integração teórica tem início com a codificação focalizada e prossegue por todas as etapas analíticas subsequentes (CHARMAZ, 2009).

Constrói-se os códigos, pois se está denominando ativamente os dados, mesmo quando se acredita que os códigos constituem um encaixe perfeito com as ações e os eventos do mundo estudado; portanto, o processo é interativo. Interage-se com os participantes, e, posteriormente, interage-se com eles novamente por muitas vezes, em que se estuda os dados e os enunciados e as atitudes observadas (CHARMAZ, 2009).

A codificação inicial deve se fixar rigorosamente aos dados, utilizando palavras que reflitam a ação. Neste sentido, desperta o pensamento, permitindo o surgimento de ideias novas. Os códigos iniciais são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados, podendo induzi-lo a perceber as áreas nas quais faltam dados indispensáveis. Assim, é possível perceber as lacunas presentes nos dados já nas primeiras etapas da pesquisa. Por isso, a coleta e a análise simultâneas dos dados podem auxiliá-lo a seguir adiante e a aprofundar-se no problema de pesquisa, bem como empenhar-se no desenvolvimento de categorias (CHARMAZ, 2009).

Esses códigos iniciais utilizados na TFD geralmente são os códigos dos termos específicos usados pelos participantes, denominados Códigos *in vivo*, os quais ajudam a conservar os significados dos participantes, relativos às suas opiniões e atitudes na própria codificação, servindo como marcadores do discurso e dos significados dos participantes. Estes códigos *in vivo* precisam ser submetidos ao tratamento comparativo e analítico, pois não se

sustentam sozinhos em uma teoria fundamentada sólida, devendo estar integrados na teoria (CHARMAZ, 2009).

A codificação focalizada é a segunda fase principal da codificação, em que os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais que os gerados na codificação inicial, com o objetivo de sintetizar e explicar segmentos maiores de dados. Neste sentido, significa utilizar os códigos *in vivo* mais significativos e/ou frequentes para analisar minuciosamente grandes montantes de dados. Portanto, nesta etapa focalizada, exige a tomada de decisão sobre quais códigos iniciais permitem uma compreensão analítica melhor para categorizar os seus dados de forma incisiva e completa. Entende-se, assim, que o ponto forte da codificação, na TFD, deriva do envolvimento concentrado e ativo no processo, em que o pesquisador influencia de fato os dados, ao invés de analisá-los passivamente (CHARMAZ, 2009).

A codificação axial é utilizada para relacionar as categorias às subcategorias, especificando as propriedades e as dimensões de uma categoria. Assim, entende-se que a codificação axial é geradora de uma estrutura densa de relações em torno do eixo de uma categoria. Os objetivos dessa codificação são classificar, sintetizar e organizar grandes montantes de dados e reagrupá-los de novas formas após a codificação aberta, resolvendo questões tais como “quando, onde, por que, quem, como e com que consequências, permitindo ao pesquisador descrever a experiência estudada de um modo mais completo. Assim, a codificação axial permite identificar: 1) as condições, circunstâncias ou situações que determinam a estrutura dos fenômenos estudados; 2) ações/interações, a rotina dos participantes ou suas respostas estratégicas a questões, eventos ou problemas; e 3) as consequências, efeitos das ações/interações (CHARMAZ, 2009).

A codificação teórica é um nível sofisticado de codificação que segue os códigos selecionados durante a codificação focalizada. Os códigos teóricos especificam as relações possíveis entre as categorias desenvolvidas na codificação focalizada, sendo integrativos e, portanto, dando contorno aos códigos focais reunidos, ajudando a contar uma história analítica de forma coerente. Ao se utilizar os códigos teóricos, pode-se intensificar o trabalho com uma margem analítica bem definida, acrescentando precisão e clareza, contribuindo para tornar a análise coerente e compreensível (CHARMAZ, 2009).

Além das codificações, este referencial recomenda a redação de memorandos, como uma etapa intermediária fundamental entre a coleta de dados e a redação dos relatos de pesquisa. Ao escrever memorandos, o pesquisador analisa suas ideias sobre os códigos de todas e quaisquer formas que lhe ocorram naquele momento. Neste sentido, a redação de memorandos constitui um método crucial da TFD, porque incentiva a analisar os dados e os códigos no início

do processo de pesquisa, mantendo o pesquisador envolvido na análise. Os memorandos captam os pensamentos do pesquisador, apreendem comparações e conexões que são realizadas, e cristalizam as questões ou hipóteses que vão direcionar as buscas durante a coleta de dados, o que permite elaborar anotações analíticas para explicar e preencher as categorias (CHARMAZ, 2009).

Em direção à construção teórica, na TFD parte-se de uma amostra inicial, em que se estabelece critérios de amostragem para as pessoas, casos, situações e/ou ambientes antes de ir a campo, em direção à amostragem teórica, que orienta para onde deve-se ir na coleta de dados. O objetivo da amostragem teórica é a obtenção de dados para ajudar a explicar as categorias; diz respeito somente ao desenvolvimento conceitual e teórico, não tem relação com a representação de uma população ou com a elevação da capacidade de generalização estatística de seus resultados, como nos estudos quantitativos. Neste sentido, a amostragem teórica é uma amostragem intencional, mas o é de acordo com as categorias desenvolvidas a partir da análise de dados, sendo que essas categorias não são baseadas em cotas, mas sim em preocupações teóricas. Portanto ela é estratégica, específica e sistemática, assegurando a elaboração de categorias completas e robustas, levando ao esclarecimento e à especificação das relações entre as categorias. Logo, auxilia o pesquisador a verificar, qualificar e elaborar os limites de suas categorias (CHARMAZ, 2009).

Neste estudo realizaram-se as codificações inicial, focalizada e axial, seguindo para a codificação teórica em atenção ao objetivo do estudo, utilizando-se dos memorandos para estabelecer as hipóteses e determinar as categorias principais da nova teoria.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo aconteceu no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), de atenção múltipla, voltado à educação, pesquisa e assistência à saúde. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu no Serviço de Nefrologia, composto pela unidade de Hemodiálise, que atende pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica provenientes de diferentes áreas do hospital (Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica e Unidade de Apoio e Diagnóstico) com necessidade de terapia de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal).

Além do tratamento de hemodiálise, existe o Programa de Diálise Peritoneal, no qual os pacientes e seus familiares são orientados e preparados para realizar a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) no domicílio. O serviço possui consultoria de enfermagem para orientação e procedimentos, como a diálise peritoneal intermitente, nas unidades de internação e de orientação para alta hospitalar dos pacientes que realizaram transplante renal. Os ambulatórios de Tratamento Conservador, Transplante Renal e Diálise Peritoneal têm suas respectivas agendas atendidas por enfermeiros, mas devido à pandemia da COVID-19, o grupo de tratamento conservador foi suspenso e o acompanhamento aos pacientes transplantados estava sendo realizado por teleconsulta.

5.2 PARTICIPANTES

5.2.1 População

A população do estudo foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na Unidade de Nefrologia do HCPA e pacientes que estavam em alguma modalidade de terapia renal substitutiva, definida por conveniência, por meio de convite a participar do estudo.

5.2.2 Amostragem Teórica

A amostragem inicial prevista foi de 5 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 9 pacientes. Ao utilizar a amostragem teórica, buscou-se, ao longo da coleta e análise dos dados,

os indivíduos, situações ou informações que explicassem e definissem os limites e a importância das categorias teóricas identificadas, e, assim, foram sendo delimitados o número de participantes e a área de abrangência da pesquisa na busca da saturação teórica, ou seja, do momento em que as categorias estivessem suficientemente densificadas (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

Neste sentido, conforme os dados foram coletados e os conceitos ganharam densidade, por meio da comparação constante, circularidade dos dados, uso de *memos* e pensamento indutivo-dedutivo, as hipóteses foram surgindo, levando à ampliação dos participantes e formando a amostragem teórica, a qual foi composta, ao fim, por 7 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 10 pacientes. Esse quantitativo se estabeleceu a partir do momento em que as informações dos participantes não forneciam dados relevantes em direção a novas categorizações e à formulação de novos conceitos teóricos.

Critérios de inclusão

Enfermeiros e técnicos de enfermagem com um ano ou mais de atuação na instituição, nos diferentes turnos de atendimento na Unidade de Nefrologia do HCPA, que estavam desempenhando suas atividades no período de coleta de dados.

Pacientes que estavam em acompanhamento no serviço de Nefrologia, em algum tipo de TRS, considerando-se hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal, em condições de responder a entrevista.

Critérios de exclusão

Enfermeiros e técnicos de enfermagem: foram excluídos aqueles não estavam atuando na assistência direta aos pacientes no período da pesquisa.

Pacientes: que tivessem déficit cognitivo ou neurológico que não os permitiriam responder à pesquisa, bem como dificuldades com uso de tecnologias, tais como aplicativos de celular e/ou computador para entrevistas virtuais.

5.3 COLETA DOS DADOS

Segundo Charmaz (2009) coleta e análise dos dados ocorrem de forma concomitante. A teoria fundamentada clássica enfatiza a elaboração das análises da ação e do processo, e, assim,

a coleta e a análise dos dados simultâneas ajudam a prosseguir em busca dessa ênfase na medida em que adaptamos a coleta de dados para informar as análises emergentes.

Na primeira etapa, o pesquisador realizou entrevistas semiestruturadas, com dados de identificação dos participantes, as quais foram gravadas e transcritas. A entrevista foi do tipo intensiva, caracterizada por perguntas amplas e abertas, não valorativas (APÊNDICES A e B), estimulando o surgimento de afirmações e histórias imprevistas, à medida em que o entrevistador manifesta o interesse de aprofundar determinado tema. Este tipo de entrevista possibilita examinar de forma minuciosa detalhes do discurso de um entrevistado com experiências relevantes (CHARMAZ, 2009).

A coleta de dados se iniciou em janeiro de 2020, ocasião em que foi possível realizar entrevistas presenciais com duas enfermeiras, pois a pandemia de COVID-19 ainda não havia começado no país. Na ocasião, a pesquisadora forneceu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando os objetivos e riscos da pesquisa (APÊNDICE C). As demais entrevistas com os profissionais de enfermagem foram realizadas de maneira virtual, por meio do aplicativo Zoom, no período de maio a julho de 2020, período em que a pesquisadora estava na Espanha realizando doutorado sanduíche. Como enfermeira especialista em nefrologia, já havia realizado alguns plantões no local do estudo e, por isso, tinha o contato de alguns participantes. Neste sentido, os TCLE foram enviados por e-mail para os participantes, que os encaminharam assinados, por e-mail, para a pesquisadora, no dia agendado para a entrevista.

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) foi reorganizado em três categorias, após a realização das duas primeiras entrevistas, visando qualificar a coleta de dados, considerando os objetivos do estudo e a experiência da pesquisadora na área de nefrologia. Neste sentido, o quadro 1 apresenta as questões do instrumento utilizado após reorganizado.

QUADRO 1 – Questões do Instrumento de coleta de dados com os profissionais de enfermagem.

Categoria – Conhecendo a si e ao outro

Subcategorias – Conhecendo o ser enfermagem, Conhecendo o ser paciente, Estabelecendo vínculos, Estando atento

Como a equipe de enfermagem em nefrologia atua? O que confere a ela características únicas no universo da enfermagem?

Como é seu processo de trabalho? Usam NANDA, NIC e NOC?

Como vê o paciente com DRC?

Que estratégias utiliza para desenvolver seu trabalho?

Tem apoio de seus pares ou outros profissionais da equipe de saúde?

Como estabelece vínculos com o paciente e seus familiares?

Tu consideras que sentimentos ou aspectos emocionais interferem na situação clínica dos pacientes? Como percebes isso?

Tu consideras que existe uma boa comunicação com a equipe interdisciplinar?

Categoria – Enfrentando Desafios

Subcategorias – Aceitando a doença, Reconhecendo incertezas, Motivando para seguir adiante, Estabelecendo estratégias de enfrentamento

Como é cuidar dos pacientes com DRC?

Como percebes que os pacientes estão reagindo ao tratamento?

O que consideras ser mais difícil para o paciente no contexto da DRC?

Que sinais e sintomas percebes nos pacientes que te fazem crer que eles não estão aderindo o tratamento?

Como tu te sentes quando percebes que o paciente não está seguindo suas intervenções? O que fazes sobre isso?

Quando percebes que o paciente não está motivado para seguir o tratamento? Podes exemplificar?

Tu acreditas que é uma conduta de enfermagem motivá-lo? Como fazes isso?

Que estratégias usas para tentar ajudá-lo?

Categoria – Contexto de Cuidado

Subcategoria – Ambiente e tempo

Como percebes o ambiente de cuidado ao paciente com DRC?

Como percebes o tempo de adaptação do paciente? Há alguma intervenção de enfermagem que julgas que poderia ajudá-lo?

Fonte: autora, 2021.

As entrevistas tiveram de 40 minutos a 1 hora e 15 minutos de duração, sendo todas gravadas. As duas primeiras tiveram gravação apenas de áudio; as demais, por serem realizadas pelo aplicativo Zoom, tiveram som e imagens gravadas, entretanto, só o áudio foi utilizado para fins de transcrição das mesmas.

Já as entrevistas com os pacientes foram realizadas entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, após liberação dos Comitês de Ética da UFRGS e do HCPA, respectivamente, devido à necessidade de reajustes no projeto, impostos pela pandemia. Nesse sentido, primeiramente foi realizado contato presencial com a enfermeira chefe da Unidade de Nefrologia, local do estudo, bem como com as enfermeiras responsáveis pela diálise peritoneal e pelo transplante renal, no intuito de identificar possíveis pacientes em terapia renal substitutiva que demonstravam ter familiaridade com aplicativos de conversas virtuais, para serem convidados a participar do estudo.

Após a indicação das enfermeiras, foi realizada uma aproximação presencial com os pacientes que realizam hemodiálise e diálise peritoneal, para que ambos pesquisador e participantes se conhecessem, possibilitando explicar os objetivos da pesquisa e fornecer o TCLE (APÊNDICE D). Foram utilizadas todas as medidas de segurança adotadas pela instituição campo de estudo, como uso de máscara, protetor facial *face shield*, bem como uso de álcool gel para higienização das mãos e respeito ao distanciamento seguro.

Em relação aos pacientes transplantados, a pesquisadora realizou contato telefônico para convidá-los a participar do estudo, pois eles não frequentam, rotineiramente, o hospital campo

do estudo, e em decorrência da pandemia, o acompanhamento desses pacientes tem sido por teleconsulta. Devido a esse motivo, o consentimento em participar da pesquisa foi dado no momento da entrevista virtual, em que foram explicados os objetivos do estudo, bem como os riscos mínimos, por meio da leitura do TCLE (APÊNDICE D). Foi feito o convite para participar do estudo, sendo gravado todo este processo, bem como o aceite pelo participante.

Assim como o instrumento de coleta de dados dos profissionais, o instrumento dos pacientes seguiu a mesma estruturação, em atenção ao objetivo deste estudo, o qual apresenta-se no quadro 2.

QUADRO 2 – Questões do instrumento de coleta de dados com os pacientes em terapia renal substitutiva.

<p>Categoria – Conhecendo a si e ao outro <u>Subcategorias</u> – Conhecendo o ser enfermagem, Conhecendo o ser paciente, Estabelecendo vínculos, Estando atento</p> <p>Como tu te sentes realizando uma terapia renal substitutiva? Descreve como são as enfermeiras que cuidam ou cuidaram de você durante teu tratamento? Como percebes este cuidado? Poderias me contar? Que estratégias utilizas para enfrentar as dificuldades que encontras como uma pessoa que tem DRC? Contas com apoio/ajuda de outras pessoas? Se sim, quem são essas pessoas? É importante para ti tê-las? Poderias me falar sobre isso? Que sintomas tiveste quando buscaste assistência médica e descobriste a DRC? Percebeste alguma mudança no seu comportamento ou humor?</p> <p>Categoria – Enfrentando Desafios <u>Subcategorias</u> – Aceitando a doença, Reconhecendo incertezas, Motivando para seguir adiante, Estabelecendo estratégias de enfrentamento</p> <p>Que dificuldades a DRC trouxe para tua vida? Quais foram as mudanças que tiveste que fazer em tua vida devido à DRC? Como foi para ti receber o diagnóstico de que estava com DRC e terias que iniciar uma terapia renal substitutiva? Como tu te sentiste? O que mais te assustou quando recebeste o diagnóstico? Que estratégias usas para tentar conviver bem com a DRC e seu tratamento?</p> <p>Categoria – Contexto de Cuidado <u>Subcategoria</u> – Ambiente e tempo</p> <p>Como percebes o ambiente onde realizavas teu tratamento de diálise? O que achas que poderia melhorar? Como percebes o tempo durante esta trajetória com a DRC?</p>

Fonte: autora, 2021

As entrevistas tiveram de 25 minutos a 2 horas de duração, sendo todas gravadas. Algumas entrevistas tiveram gravação apenas de áudio, devido à dificuldade que alguns pacientes tiveram com o Zoom, sendo estas realizadas por meio de chamada de vídeo via WhatsApp com áudio gravado no computador. As que foram realizadas pelo aplicativo Zoom

tiveram som e imagens gravadas, entretanto, apenas os áudios foram utilizados para fins de transcrição das mesmas.

Além disso, foram construídos os memorandos, que são similares aos diários de campo, os quais detêm os pensamentos do pesquisador, registram as comparações e conexões realizadas, e indicam as questões e as direções a serem seguidas. Os memorandos foram feitos após cada entrevista e durante todo o processo de análise de dados, em que a pesquisadora revisitava as entrevistas e o referencial teórico, fazendo analogias e aproximações de ideias em direção à construção da teoria.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os fundamentos bioéticos cumpriram as diretrizes e normas regulamentadoras para projetos de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS para avaliação e, posteriormente, inserido na Plataforma Brasil e no sistema WebGPPG do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA. Neste sentido, o projeto foi aprovado, primeiramente, pelo Comitê de Ética da UFRGS, sob o Certificado de Avaliação e Aprovação Ética (CAAE) 23534719.7.0000.5347, com o parecer de número 4.397.585 (ANEXO 1) e, depois, pelo Comitê de Ética do HCPA, sob o CAAE 23534719.7.3001.5327, com o parecer número 4.418.222 (ANEXO 2).

Após sua aprovação, o projeto foi apresentado à chefia de enfermagem responsável pela unidade campo de estudo, e foi solicitada autorização para acessar a unidade e convidar os profissionais e pacientes a participar do estudo.

A equipe de enfermagem e pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICES C e D) presencialmente, sendo que a primeira via permaneceu com o participante e a segunda com a pesquisadora. A assinatura do termo foi obtida previamente à entrevista, para então dar-se início à coleta de dados, exceto com os pacientes de transplante, conforme descrito no item anterior, em que o termo foi consentido de forma virtual.

O TCLE assegurou o direito ao participante de retirar seu consentimento a qualquer momento ou recusar-se a participar do estudo, sem que ocorresse nenhum prejuízo ao seu trabalho na instituição, e garantiu a confidencialidade das informações, bem como o anonimato dos profissionais de enfermagem e pacientes. Embora o estudo não tivesse previsão de riscos, as entrevistas desencadearam, em alguns participantes, sentimentos e emoções que provocaram

choro. Nessa situação, a pesquisadora interrompeu as perguntas, recomeçando após o participante estar se sentindo mais calmo. Ressalta-se, entretanto, que não houve desistências do estudo. As entrevistas foram gravadas, algumas com áudio e vídeo e outras somente áudio, conforme descrito no item anterior.

Os participantes foram identificados por número, nome e sobrenome em um caderno separado, que ficará em posse da pesquisadora coordenadora da pesquisa. Nos textos codificados e no banco de dados digitado, cada profissional de enfermagem e paciente foram identificados apenas por uma sigla e número.

Os dados coletados serão armazenados por cinco anos pela pesquisadora, sendo destruídos depois. Os resultados parciais e finais estão sendo divulgados em publicações em periódicos nacionais e internacionais.

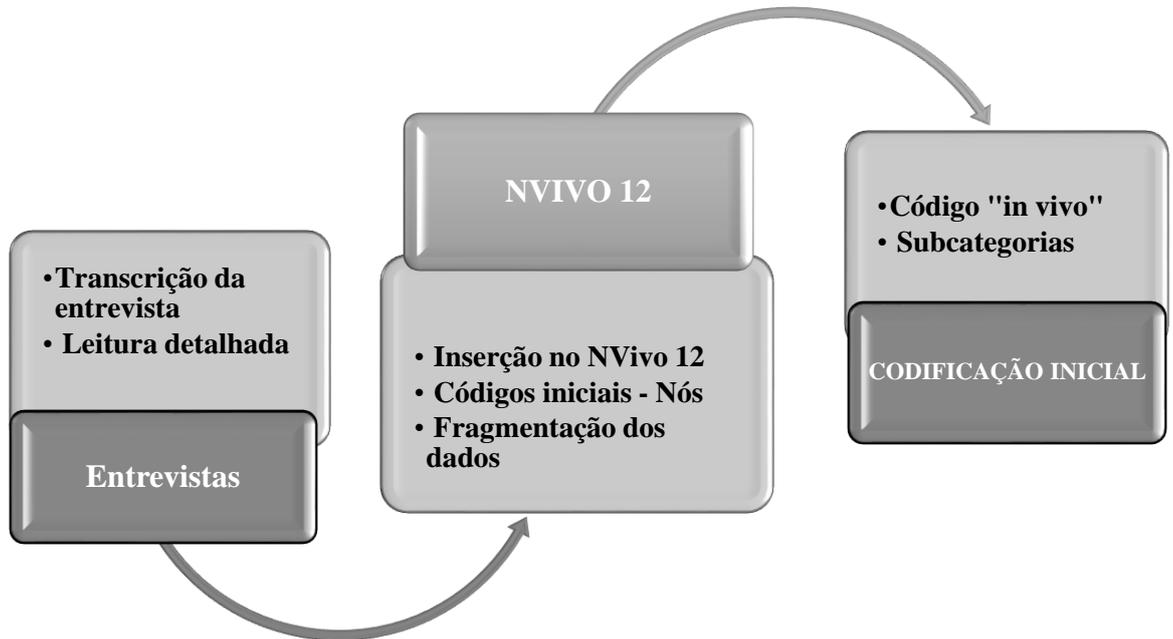
5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização de cada entrevista, ela foi transcrita e seguiu-se para as codificações, conforme Charmaz (2009). Desse modo, foram realizados os três tipos de codificação: inicial, focalizada e axial (ANEXO 3), os quais são apresentados a seguir.

5.5.1 Codificação inicial

A codificação inicial fragmenta os dados das entrevistas em palavras, linhas ou segmentos de dados. Implica em transcrever todo o material coletado e as frases analisadas e selecionar as palavras-chave que reflitam a ação (CHARMAZ, 2009). Neste sentido, à medida em que as entrevistas eram transcritas, as mesmas eram inseridas no software NVivo 12 e, a seguir, era realizada uma leitura detalhada da mesma e elaborados os códigos iniciais, denominados, no software, “nós”. Esses códigos, segundo Charmaz (2009), são chamados de códigos “in vivo” porque se utiliza as mesmas palavras mencionadas pelos participantes para nomear as subcategorias. Esses códigos geralmente são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados. A figura 3 apresenta um esquema figurativo das etapas realizadas na codificação inicial.

FIGURA 3 – Esquema Figurativo da Codificação Inicial.



Fonte: Adaptado de Goés (2016).

No quadro 3, exemplifica-se a codificação inicial realizada neste estudo.

QUADRO 3 – Exemplo de Codificação Inicial

Entrevista	Códigos “in vivo”
<p>P - Como é para ti cuidar desses pacientes com doença renal crônica?</p> <p>ENF1 - Então para mim é um <u>desafio diário</u>, diário porque na realidade são pacientes que demandam bastante atenção né, <u>demandam bastante cuidados</u> não só psicológicos mas como conhecimentos né porque o paciente doente renal crônico [...], então essa é a parte física que também é um desafio, porque a gente tem que <u>estar sempre aprendendo e atentos</u>, muitas vezes a gente tem que fazer um exame físico porque <u>eles não percebem</u> algumas feridas, então isso é uma coisa que a gente procura <u>estar bem atento</u>. Então muitas vezes <u>eles vêm motivados</u> pro tratamento, <u>outras vezes eles vêm desmotivados</u> e muitas vezes, a desmotivação é um período longo e tu tem também que ter essa parte do estímulo, de que ele tem que se cuidar que pode dar certo, então tu também tem nesse desafio, sendo <u>enfermeira como motivadora</u> da saúde dele, do auto cuidado, enfim, também da família, então é um desafio diário.</p>	<p>Desafio diário</p> <p>Demandam bastante cuidado</p> <p>Estar aprendendo e atentos</p> <p>Eles não percebem</p> <p>Eles vêm motivados x Desmotivados</p> <p>Enfermagem como motivadora</p>

Fonte: autora, 2021.

Legenda: P – pesquisadora; ENF1 – Enfermeira 1

Ao final desta etapa de codificação inicial havia 84 códigos “in vivo”, distribuídos em 10 subcategorias e 3 categorias principais, conforme apresenta-se no quadro 4.

QUADRO 4 - Codificação inicial.

Códigos	Subcategorias	Categorias
Estabelecendo um espaço de convivência Tendo vida no ambiente Comparando as terapias Compartilhando espaços de cuidado Estou ali pensando em outras atividades Adaptando a realidade	Ambiente de Cuidado	Contexto do Cuidado
Passando o tempo Falta tempo Tornando-se uma rotina Tendo pressa para ir embora	Tempo	
Paciente Renal Crônico Acostumado a ser cuidado Não sentindo-se à vontade Perdendo a autonomia Projetando as frustrações na equipe Sendo mais exigentes Sentimentos dos pacientes Sentindo-se conformada Sentindo-se invadida, constrangida Sentindo-se sozinhos Sentindo-se um peso para a família Tendo limitações Tendo sonhos Facilitando o trabalho da enfermeira Demandam bastante atenção	Ser Paciente	Conhecendo a si e ao outro

<p>Fazendo um trabalho bem-feito Mudando o perfil do enfermeiro Realizando registros Sendo linha de frente na comunicação Sendo referência Sentindo-se realizado Tendo autonomia Acreditando na terapia Exercendo outros papéis Levando coisa para casa Cobrar certas coisas Necessidade de desafios</p>	<p>Ser enfermagem</p>	<p>Conhecendo a si e ao outro</p>
<p>Sentindo-se apoiados pela equipe Sentindo-se apoiados pelos familiares Pacientes que te conhecem Fazendo acolhimento do paciente Entendendo o paciente Embasada no comprometimento Passando segurança para o paciente Tendo apoio dos colegas e equipe Trabalhando com a colega Tendo um relacionamento fino e estreito Confiando um no outro Criando vínculos Estabelecendo limites Tendo uma trajetória conosco Tornando-se uma família</p>	<p>Estabelecendo vínculos</p>	
<p>Estar aprendendo e atentos Eles não percebem Percebendo pequenos sinais</p>	<p>Estando atento</p>	

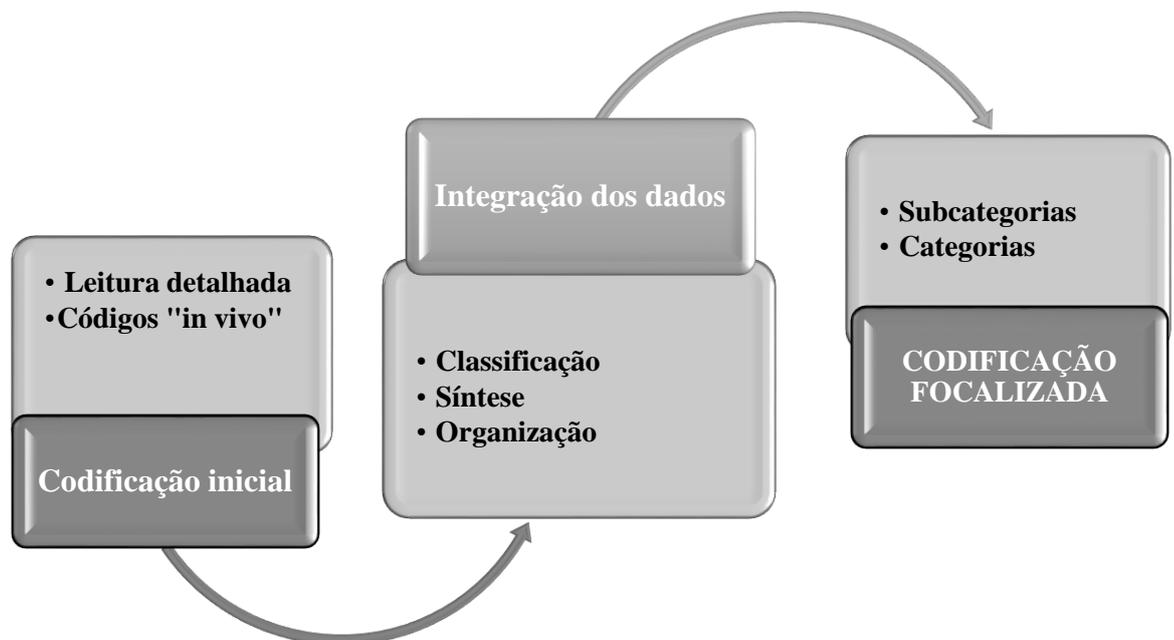
<p>Aceitando a DRC Adaptando-se ao tratamento Negando a DRC Tendo fases Recebendo o diagnóstico claramente Sabotando-se Tendo que engolir o tratamento</p>	<p>Aceitando a DRC</p>	<p>Enfrentando desafios</p>
<p>Falando mal da terapia Faltando conhecimento sobre a terapia Embates entre equipe e pacientes Abstendo informações Tendo dificuldades de acesso Reagindo aos acontecimentos</p>	<p>Reconhecendo as incertezas</p>	
<p>Estimulando o paciente Motivando o paciente Sentindo-se motivada Vêm desmotivados Vêm motivados Tendo fé</p>	<p>Motivando para seguir adiante</p>	
<p>Melhorando a comunicação Dando valor maior a vida e as coisas Tendo esperança num transplante Mantendo familiar perto Tentando não ser dependente Tentando relaxar Fazendo com que dê certo Tendo criatividade Vendo novas perspectivas de cuidado Utilizando estratégias de cuidado</p>	<p>Estabelecendo estratégias de enfrentamento</p>	

Fonte: autora, 2021

5.5.2 Codificação Focalizada

A Codificação focalizada é a segunda fase principal da codificação. A partir dos códigos iniciais, ou categorias iniciais mais significativas ou frequentes, foi possível classificar, sintetizar, integrar e organizar grandes quantidades de dados. Além disso, esta etapa permite constatar as preconcepções do pesquisador sobre o tópico analisado, alternando entre as entrevistas e as observações e comparando as experiências, ações e interpretações das pessoas (CHARMAZ, 2009). Na figura 4 apresenta-se um esquema figurativo da codificação focalizada.

FIGURA 4 – Esquema Figurativo da Codificação Focalizada.



Fonte: Adaptado de Goes (2016).

No quadro 5, exemplifica-se a codificação focalizada realizada neste estudo.

QUADRO 5 – Exemplo de codificação focalizada.

Entrevistas	Códigos
Aí um diz, aí a minha perna não está legal, aí a gente vai e coloca um cobertor embaixo, um cochim, a gente tem que estar adaptando, tenta se adaptar. Então a gente tenta dessa maneira, adaptar o que dá	Adaptando a realidade

<p>O ambiente de cuidado é bom, a equipe de enfermagem aqui se preocupa muito com o bem-estar, com a segurança do paciente, acho que é uma coisa institucional, do próprio hospital, de acompanhar o paciente, se ele tem risco de cair né, de levar, ajudam a segurar a fístula se ele tem mais dificuldade</p> <p>A diálise se torna, a hemodiálise, um espaço de convivência deles. De pegar e conversar, leva um chimarrão, vão lá pra frente e tomam um cafezinho, conversam entre eles</p>	<p>Ambiente de Cuidado</p> <p>Estabelecendo um espaço de convivência</p>
--	--

Fonte: autora, 2021

Ao término desta etapa de codificação focalizada, os 84 códigos “in vivo” foram revisitados, aprofundando a análise em atenção à amostragem teórica, e definiram-se 19 códigos em direção à modelagem da teoria. Além disso, foi possível renomear as 10 subcategorias e as 3 categorias principais, já em atenção ao referencial teórico do estudo, conforme apresenta-se no quadro 6.

QUADRO 6 – Codificação focalizada a partir da codificação inicial com renomeação dos conceitos em atenção ao referencial teórico.

CODIFICAÇÃO INICIAL			CODIFICAÇÃO FOCALIZADA	
Categorias	Subcategoria	Códigos	Subcategorias	Códigos
Desvelando os seres no mundo da DRC	Ser Paciente	Paciente Renal Crônico Acostumado a ser cuidado Não sentindo-se à vontade Perdendo a autonomia Dependendo da máquina Projetando as frustrações na equipe Sendo mais exigentes Sentimentos dos pacientes Sentindo-se conformada Sentindo-se invadida, constrangida Sentindo-se sozinhos Sentindo-se um peso para a família Tendo limitações Tendo sonhos Facilitando o trabalho da enfermeira – caiu fora Demandam bastante atenção	Ser Paciente	Acostumado a ser cuidado (sendo mais exigentes + demandam bastante atenção) Ser sendo no mundo da DRC (Paciente Renal Crônico + sentimentos dos pacientes + sentindo-se conformada + sentindo-se sozinhos) sentindo-se invadido, constrangido, não sentindo-se à vontade) Perdendo a autonomia pelas limitações (tendo limitações + sentindo-se um peso para a família + dependendo da máquina) Transcendendo a DRC (tendo sonhos + projetando as frustrações na equipe)
	Ser enfermagem	Fazendo um trabalho bem-feito Mudando o perfil do enfermeiro Realizando registros Sendo linha de frente na comunicação Sendo referência Sentindo-se realizado Tendo autonomia Acreditando na terapia	Ser enfermagem	Sendo mediadora (exercendo outros papéis + fazendo um trabalho bem-feito + cobrar certas coisas + realizando registros + levando coisa para casa + sendo linha de frente na comunicação Sendo referência) Estando presente (acreditando na terapia + sentindo-se realizado)

Desvelando os seres no mundo da DRC		Exercendo outros papéis Levando coisas para casa Cobrar certas coisas Necessidade de desafios		Tendo autonomia) Desvelando possibilidades (mudando o perfil do enfermeiro + necessidade de desafios)
	Estabelecendo vínculos	Sentindo-se apoiados pela equipe Sentindo-se apoiados pelos familiares Pacientes que te conhecem Fazendo acolhimento do paciente Entendendo o paciente Embasada no comprometimento Passando segurança para o paciente Tendo apoio dos colegas e equipe Trabalhando com a colega Tendo um relacionamento fino e estreito Confiando um no outro Criando vínculos Estabelecendo limites Tendo uma trajetória conosco Tornando-se uma família	Encontrando-se	Estabelecendo vínculos (pacientes que te conhecem + fazendo acolhimento do paciente + entendendo o paciente + embasada no comprometimento + passando segurança para o paciente + confiando um no outro) Tornando-se uma família (sentindo-se apoiados pela equipe + sentindo-se apoiados pelos familiares + tendo apoio dos colegas e equipe + trabalhando com a colega + tendo um relacionamento fino e estreito + criando vínculos + estabelecendo limites + tendo uma trajetória conosco)
	Estando atento	Estar aprendendo e atentos Eles não percebem Percebendo pequenos sinais	Preocupando-se	Sendo empático (estar aprendendo e atentos + eles não percebem + percebendo pequenos sinais)

Contexto de Cuidado	Ambiente	Estabelecendo um espaço de convivência Tendo vida no ambiente Comparando as terapias Compartilhando espaços de cuidado Estou ali pensando em outras atividades – caiu fora Adaptando a realidade	Ambiente	Adaptando a realidade (adaptando a realidade + comparando as terapias) Estabelecendo um espaço de convivência (tendo vida no ambiente + compartilhando espaços de cuidado)
	Tempo	Passando o tempo Falta tempo Tornando-se uma rotina Tendo pressa para ir embora	Temporalidade	Passando o tempo (falta tempo) Tornando-se uma rotina (tendo pressa para ir embora)
Transcendendo o Mundo da DRC	Aceitando a DRC	Aceitando a DRC Adaptando-se ao tratamento Negando a DRC Tendo fases Recebendo o diagnóstico claramente Sabotando-se Tendo que engolir o tratamento	Aceitando a DRC	Renunciando suas possibilidades (negando a DRC + tendo fases + sabotando-se + tendo que engolir o tratamento) Projetando-se no mundo da DRC (aceitando a DRC + adaptando-se ao tratamento + recebendo o diagnóstico claramente)
	Reconhecendo as incertezas	Falando mal da terapia Faltando conhecimento sobre a terapia Embates entre equipe e pacientes Abstendo informações Tendo dificuldades de acesso Reagindo aos acontecimentos	Angústias dos Seres no mundo da DRC	Reconhecendo as incertezas
	Motivando para transcender	Estimulando o paciente Motivando o paciente Sentindo-se motivada Vem desmotivados	Motivando para transcender	Motivar-se – Ser-sendo

		Vem motivados Tendo fé		
	Estabelecendo estratégias de enfrentamento	Melhorando a comunicação Dando valor maior a vida e as coisas Tendo esperança num transplante Mantendo familiar perto Tentando não ser dependente Tentando relaxar Fazendo com que dê certo Tendo criatividade Vendo novas perspectivas de cuidado Utilizando estratégias de cuidado	Projetando possibilidades para transcender	Estabelecendo estratégias de enfrentamento

Fonte: autora, 2021

5.5.3 Codificação axial

A codificação axial relacionou as categorias e as subcategorias, especificando as propriedades e as dimensões de uma categoria e reagrupando os dados que foram fragmentados durante a codificação inicial para dar coerência à análise que emergiu do encontro do referencial teórico proposto. Neste sentido, foram obtidos os três componentes: condições, circunstâncias ou situações; ações e/ou interações entre os conceitos; e consequências ou efeitos das interações, apresentados na figura 5. Na figura 5 apresenta-se um esquema figurativo da codificação axial.

FIGURA 5 – Esquema figurativo da codificação axial.



Fonte: adaptado de Góes (2016).

No quadro 7 exemplifica-se a codificação axial realizada neste estudo.

QUADRO 7 – Exemplo de codificação axial.

Categoria	Subcategoria	Componente
Desvelando os seres no mundo da DRC	Encontrando-se	Pressuposto

Fonte: autora, 2021.

5.5.4 Construção dos Memorandos

Durante toda a coleta de dados e as etapas de codificação, foram construídos os memorandos ou memos, que são similares ao diário de campo. Segundo Charmaz (2009), cria-se um espaço para o pesquisador tornar-se ativo no seu material para elaborar as suas ideias e realizar pequenos ajustes na coleta de dados posterior. Ao escrever memorandos, elabora-se anotações analíticas para explicar e preencher as categorias. No Quadro 8, apresenta-se um exemplo de memorando.

QUADRO 8 – Exemplo de memorando.

29 de janeiro de 2020

Essa entrevista foi bastante rica sob o aspecto da experiência dessa enfermeira com o transplante renal, além da vivência em Hemodiálise. Algumas colocações foram similares às da 1ª enfermeira: o desafio de cuidar dos pacientes renais crônicos, por toda sua complexidade e o quanto isso torna desafiante para os profissionais. A necessidade de motivação constante, pois são pacientes geralmente desesperançosos, e que muitos dos sentimentos têm a ver com a perda de autonomia, que ocorre com os pacientes à medida em que a doença vai progredindo, e limitando o paciente a viajar, a ter vida social. Esta situação também vai impactando na família, que tem que mudar toda sua rotina, o que faz gerar um sentimento nos pacientes de que são um peso, um fardo, neste sentido, é mais comum os pacientes serem deprimidos e isso tem um impacto no decorrer do tratamento. O transplante vem de encontro a essa premissa, sendo visto como uma esperança para recuperar esta perda de autonomia.

Isso vem ao encontro do que eu sempre vivi na prática com os pacientes que cuidava, pois era perceptível esse olhar triste de quem se tornou um problema para todos. Então, não tem a ver só com a DRC, tem a ver com o papel que se passa a desempenhar na família, sair de uma condição, muitas vezes, de provedor, de sustentação – o porto seguro, para se tornar o dependente, o frágil, aquele que necessita de apoio, e não mais o que fornece o apoio. Isso para os homens é mais agravante, e faz com que, não aceitem estar neste lugar, relutam em desempenhar este papel no mundo, e com isso, se expõem mais aos limites que seu corpo permite.

O ambiente de hemodiálise passa a ser um espaço de convívio social, de apoio mútuo. Ali encontram-se seres que compartilham experiências similares, ali não se é estranho, não precisa se mostrar forte, nem ser o provedor. Ali este ser no mundo da DRC desvela toda sua fragilidade e percebe-se frágil. Essa convivência em comum-unidade com outros pacientes também revela o quão grave é a DRC, a morte, a dor e o sofrimento se mostram continuamente e sempre paira o medo de que se possa ser o próximo. Entretanto, apesar de todas essas nuances, estar entre iguais traz consigo a sensação de pertencimento, de que não se está só, e que, de alguma forma, o ser pode mostrar seus medos e angústias, porque ali é um espaço para isso, um porto seguro para esse desvelar.

O sentimento de frustração e irritabilidade é comum não só aos pacientes, mas também nos profissionais, quando percebem que o paciente não está aderindo o tratamento, e se expõe a riscos, muitas vezes, irreparáveis. Neste momento, enquanto profissionais, nos damos conta

de que, apesar de todo o recurso tecnológico e de conhecimento que temos, o que muitas vezes nos faz sentir empoderados sobre os pacientes de que cuidamos, não temos controle, nem arbitrariedade sobre os pacientes e temos que aceitar e respeitar suas escolhas, mesmo quando estas vão de encontro a tudo que acreditamos e julgamos ser melhor para eles. Só nos resta tornar essa renúncia à vida menos artilosa.

A importância da comunicação em todo esse contexto é reconhecida e perpassa por uma escuta atenta na assistência e pela busca constante por conhecimento que, na percepção da enfermeira, vai garantir a realização de um cuidado mais efetivo.

Amostragem teórica: próximo passo: compreender melhor sobre perda de autonomia x peso para família. Ambiente da hemodiálise como um espaço de convívio social – confirmar – neste sentido, seria a hemodiálise a terapia preferida pelos pacientes por se sentirem cuidados, protegidos? Motivação como uma ação de enfermagem neste contexto? Como fazer?

Fonte: autora, 2021

5.5.5 Codificação teórica

A codificação teórica permitiu especificar as relações possíveis entre as categorias identificadas e definidas nas codificações focalizada, axial e por meio dos memos, esclarecendo o contexto geral e as condições específicas em que a dimensão existencial do ser no mundo da DRC se faz presente. Neste sentido, possibilitou a definição dos metaparadigmas e seus respectivos conceitos, enunciados relacionais, indicadores empíricos e a estrutura e contextualização da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme a amostragem teórica, a amostra final foi composta por 7 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 10 pacientes. No quadro 9 apresenta-se a caracterização da amostra dos profissionais de enfermagem.

QUADRO 9 – Caracterização da amostra dos profissionais de enfermagem.

Profissional	Gênero	Idade	Tempo de formado	Tempo na Instituição campo do Estudo	TRS em que atua	
					1 ^a	2 ^a
Enf 1	Feminino	41	20	13	CAPD	Hemodiálise
Enf 2	Feminino	46	22	21	Transplante	Hemodiálise
Enf 3	Feminino	47	25	6	CAPD	Hemodiálise
Enf 4	Masculino	36	13	9	Hemodiálise	CAPD
Enf 5	Feminino	59	30	25	Transplante	Hemodiálise
Enf 6	Feminino	37	13	5	Transplante	Hemodiálise
Enf 7	Feminino	35	13	8	Hemodiálise	Transplante
TEnf 1	Feminino	52	30	24	Hemodiálise	
TEnf 2	Masculino	44	26	16	Hemodiálise	
TEnf 3	Feminino	54	20	13	Hemodiálise	

Fonte: autora, 2021

Legenda: Enf – Enfermeiro; TEnf – Técnico de enfermagem; Idade e Tempo em anos.

Conforme Quadro 9, a amostra foi, predominantemente, do gênero feminino, com idade variando entre 35 e 59 anos de idade. O tempo de formado variou entre 13 e 30 anos de formação, demonstrando que é uma equipe madura. Em relação ao tempo na instituição, campo do estudo, o mesmo variou de 5 a 25 anos, o que reflete a experiência da amostra da equipe de enfermagem no serviço de nefrologia, já que, para atuar nesta área, se faz necessário complementar-se a formação, como por meio de especializações. Além disso, percebe-se que todos os enfermeiros têm experiência em mais de uma terapia renal substitutiva, entretanto, por questões de organização do serviço, atuam, especificamente, em uma, a primeira listada no

Quadro 9, dando suporte nas outras terapias quando necessário, a segunda listada no mesmo quadro.

Já os técnicos de enfermagem atuam basicamente na assistência dos pacientes em hemodiálise, além de auxiliar a equipe médica nas passagens de cateteres, bem como manter a organização dos materiais das salas de hemodiálise e preparo e administração de medicamentos.

No quadro 10, apresenta-se a caracterização da amostra dos pacientes renais crônicos.

QUADRO 10 - Caracterização da amostra dos pacientes renais crônicos.

Paciente	Gênero	Idade	TRS	Tempo de TRS
P1	Feminino	33	CAPD	8 anos: 5 em hemodiálise 3 em CAPD
P2	Masculino	36	Hemodiálise	6 anos
P3	Masculino	58	Hemodiálise	14 anos
P4	Feminino	39	Hemodiálise	20 anos: 4 anos em hemodiálise 4 anos de transplante 12 anos em hemodiálise
P5	Masculino	27	Transplante	2 anos: 1 anos e 4 meses em hemodiálise 8 meses de transplante
P6	Feminino	66	Hemodiálise	3 meses
P7	Feminino	32	Transplante	5 anos: 4 anos em Hemodiálise 1 ano de Transplante
P8	Feminino	49	Transplante	8 anos: 4 anos e 4 meses em Hemodiálise 8 meses de Transplante 2 anos em Hemodiálise 1 ano de Transplante

P9	Feminino	34	CAPD	1 ano e 8 meses: 6 meses em Hemodiálise 1 ano e 2 meses em CAPD
P10	Feminino	26	CAPD	6 anos: 6 meses em Hemodiálise 5 anos e 6 meses em CAPD

Fonte: autora, 2021

Legenda: P- paciente. Idade em anos. TRS – terapia renal substitutiva do paciente no período da entrevista.

Conforme Quadro 10, a amostra de pacientes também foi, predominantemente, do gênero feminino em TRS de hemodiálise. Percebe-se que, mesmo entre os pacientes que no momento da entrevista faziam outra modalidade de TRS, todos, em algum momento, passaram pela hemodiálise. A idade dos participantes variou entre 26 e 66 anos, havendo 7 participantes com menos de 40 anos, demonstrando que a DRC acomete adultos jovens. O tempo de TRS variou muito, com pacientes recém-iniciando terapia (3 meses), até 20 anos, passando por mais de uma modalidade de TRS.

6.2 RELAÇÕES TEÓRICAS ENTRE AS EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO E A TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM DE PATERSON E ZDERAD (1979)

Apresenta-se, a seguir, as categorias e subcategorias identificadas a partir das etapas de análise dos dados à luz da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1979) que possibilitaram identificar os metaparadigmas, pressupostos, conceitos e suas relações em direção à construção da nova TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

As categorias e subcategorias, bem como seus elementos estruturantes, serão apresentadas em tópicos para sua melhor compreensão, tendo em vista a quantidade de conceitos presentes em cada uma delas.

Ressalta-se, também, que alguns elementos estruturantes, que são informações contidas em quantidade determinada de dados, permitindo uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado (LACERDA; SANTOS et al, 2019), resultantes do processo de codificação proposto pela metodologia adotada neste estudo, são justificados por diferentes características que compuseram estes códigos, entretanto, também para melhor compreensão, foram discutidos

um a um, separadamente, o que exigiu repetir alguns termos ao longo da discussão, a exemplo de “perdendo a autonomia, pelas limitações”, “sendo empático”, entre outros.

Além disso, tendo em vista o referencial teórico-filosófico adotado para analisar os dados neste estudo, esclarece-se que o termo “transcender”, sob um olhar existencial, pode ser compreendido como “superar” algo, ideia que foi adotada no presente estudo.

6.2.1 Categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”

Apresenta-se, a seguir, no Quadro 11, a Categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC” com suas subcategorias e os elementos que a estruturam.

QUADRO 11 - Categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”.

Categoria	Subcategoria	Elementos estruturantes	Componente da teoria
Desvelando os Seres no Mundo da DRC	Ser paciente	Ser-sendo no mundo da DRC	Estratégia
		Perdendo a autonomia pelas limitações	Resultante
		Acostumado a ser cuidado	Estratégia
		Transcendendo a DRC	Resultante
	Ser enfermagem	Estando presente	Pressuposto
		Desvelando possibilidades	Estratégia
		Sendo mediadora	Resultante
	Encontrando-se	Estabelecendo vínculos	Pressuposto
		Tornando-se uma família	
	Preocupando-se	Sendo empático	Pressuposto

Fonte: autora, 2021

Conforme o Quadro 11, a categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC” é composta por quatro subcategorias, as quais possuem dez elementos estruturantes, que equivalem aos códigos substantivos definidos nas etapas de codificação, os quais correspondem a três pressupostos, três estratégias e três resultantes da TMA da Dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

No mundo da DRC, desvelam-se dois sujeitos que coexistem, “ser paciente” e “ser enfermagem”, por meio de inter-relações, as quais se constroem na temporalidade de cada um desses seres, em direção a suas possibilidades de projetarem-se para além desse mundo e, assim, transcenderem seus medos e desafios em direção a seu ser-mais, ou seja, seus sonhos. Logo, entende-se ser importante compreender estes dois seres existencialmente para qualificar o cuidado, o qual se concretiza por meio do diálogo vivo entre estes seres no mundo da DRC. A seguir, apresenta-se cada subcategoria para melhor compreensão da dimensão existencial presente neste contexto de cuidado – o mundo da DRC.

6.2.1.1 Subcategoria “Ser paciente”

Conforme o Quadro 11, a subcategoria “Ser Paciente” é estruturada pelos elementos: Ser-sendo no mundo da DRC; Perdendo a autonomia pelas limitações, Acostumado a ser cuidado; e Transcendendo a DRC. Por sua vez, estes elementos irão compor estratégias e resultantes na nova TMA.

Existencialmente, o “Ser” é visto como uma experiência concreta e vivida em direção a “vir-a-ser” por meio de suas escolhas. As experiências vividas têm o homem como objeto de estudo visto como uma experiência, e neste sentido, o homem não termina de ser para si mesmo, ele é um projeto inacabado da obra, o rascunho. Por ser inacabado, o ser do homem comporta uma exigência de realização, tornando-se uma realidade a ser constantemente descoberta. É o ser empírico que pertence ao mundo e cuja realização é o ser-no-mundo determinado dos objetos, que é temporal e finito em respeito ao que é objetivo, mas é atemporal e transcendente no que se refere a sua existência (PATERSON; ZDERAD, 1979; BUBER, 2001; SILVA *et al.*, 2018).

A experiência existencial permite o conhecimento humano do ser e da qualidade de ser do outro. Necessita que se reconheça cada homem como existência singular em sua situação, relacionando-se com os outros no tempo e no espaço, o que significa dizer que a existência humana depende da coexistência, ou seja, cada homem é ao mesmo tempo independente, singular e interdependente, um ser necessariamente relacionado. É através de suas relações com

outros homens que o homem chega a ser, que sua individualidade singular se realiza (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Neste sentido, o “ser paciente” ao deparar-se no mundo da DRC, encontra-se cercado de incertezas, visto que esta apresenta-se como um acontecimento súbito, inesperado, gerando sofrimento (CRUZ *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2020), além de trazer consigo complicações inerentes à sua doença de base e à própria insuficiência renal, dificultando que este ser possa exercer sua liberdade de escolha em direção à descoberta de novas possibilidades de “Ser-sendo no mundo da DRC”, como expressado nas falas dos participantes

“Quando eu busquei um médico, eu estava com muitas câimbras, cansaço, esgotamento físico, não tinha resistência para nada, e aí disseram que era uma virose. Aí, fiquei 1 mês e pouco [...] e aí que me deram o diagnóstico que eu era um renal crônico.” (P3)

“Eu tinha pressão muito alta, só que eu nunca descobri o porquê que a pressão subia [...] aí eu fiz um controle para monitorar a pressão [...], aí lá acusou a insuficiência renal.” (P5)

“Na verdade, pra mim foi uma coisa muito rápida, entre eu descobrir a doença e ter que fazer a hemodiálise. Como eu sou diabética tipo 1 [...] eu descobri a insuficiência renal através de dores de cabeça que eu tinha, e começou a pressão a subir, foi descoberto que era problema nos rins.” (P7)

“O paciente renal crônico tem características muito peculiares que vão desde as diferentes doenças de base que podem ter, HAS, DM, doenças familiares como rins policísticos, [...]. Eu enxergo ele como um paciente com várias limitações, e que vai ficar um período longo em tratamento.” (ENF2)

“Eu vejo um paciente com múltiplas necessidades, tanto clínicas, que tem uma série de doenças crônicas, que já levaram ele a doença renal crônica [...], é um paciente que muitas vezes é idoso.” (ENF4)

“O que eu vejo do paciente renal crônico, ele é diferente para nós, ele tem especificidades da doença, [...] que é mais fragilizado pela complexidade da DRC.” (TENF3)

6.2.1.1.1 – Elemento estruturante “Ser-sendo no mundo da DRC”

Conforme Quadro 11, “Ser-sendo no mundo da DRC” surge como uma estratégia do “Ser paciente”, relacionada aos sentimentos e a luta que este “ser” precisa transcender para seguir existindo, logo, coexistindo, para desvelar-se em presença autêntica rumo à finitude de sua obra, ou seja, de si mesmo enquanto existência.

Esta luta, aqui, é compreendida como as conquistas que se realiza ao longo da existência e, no mundo da DRC, é árdua. A complexidade desta doença encontra-se no fato de o diagnóstico trazer consigo a ideia da iminência da morte, ocasionando conflitos emocionais e

vivências/experiências dolorosas e traumatizantes (CRUZ *et al.*, 2016), que acarretam alterações significativas no seu estado de saúde, conforme as falas que seguem.

“Às vezes eu tenho receio, quando a máquina começa apitar, eu faço tudo nem me mexo pra máquina ficar quietinha. Eu tenho medo que dê alguma coisa lá dentro. [...] muito medo que me dê uma queda de pressão, uma queda de glicose.” (P6)

“Eu tenho medo de que esses conflitos internos façam com que a minha insuficiência renal vá progredindo cada dia e talvez não dure o tempo que poderia durar o meu rim. [...] isso interfere na minha situação de saúde.” (P7)

“Medo, medo dava, até um apavorante porque depois que eu coloquei o rim foi tranquilo, mas da segunda vez, deu um pavor assim, não sei nem o que aconteceu. [...], parece que fica tudo angustiando aquilo ali, apavorado.” (P8)

“Eu sou muito ansiosa, [...] Me sinto mais triste às vezes porque não está dando pra fazer os exames para o transplante. Medo de morrer, de ficar mal, não conseguir o transplante a tempo ou dar alguma complicação.” (P10)

A DRC exige mudanças, muitas vezes, extremas na vida do “ser paciente”, as quais refletem-se em sentimentos negativos em relação a si, como rancor, revolta, raiva, tristeza e isolamento (SALIMENA *et al.*, 2018; SEIN *et al.*, 2020), o que torna difícil vislumbrar possibilidades para continuar o projeto de ser-mais em busca do seu ser-melhor, evidenciado em algumas falas dos participantes.

“Às vezes eu fico abalado por causa do meu tratamento, das minhas situações [...] eu fiquei bastante angustiado e nervoso, acho que com certeza depressivo, pra baixo e tudo mais. Pensei que era o fim da minha vida, que ia morrer no outro dia. Tô ferrado, vou morrer.” (P2)

“Quando falaram que era essa doença, foi um baque, fiquei nervoso, com medo, nem quis saber o que causou isso em mim, mas esses sentimentos foram mais no momento mesmo.” (P3)

“Mas é difícil mudar, mudar os hábitos. Não espero nada, não espero nada mesmo. Só espero aguentar fazer hemodiálise e levar minha vida [...] Mas assim, sonhos, programações, planejar alguma coisa, nada.” (P6)

“Olha a minha avó já tinha feito hemodiálise e eu tinha muito medo. [...] veio essa crise forte que piorou tudo e pra mim foi horrível, eu perdi meu chão, perdi tudo. [...] parece que tua vida acaba, não tem mais o que fazer, foi horrível, era o que eu mais tinha medo que acontecesse e aconteceu.” (P9)

“Nesse dia eu lembro que entrei em choque, pensei que eu iria morrer, várias vezes passou isso na minha cabeça. Eu tinha medo de sentir dor. Eu até dizia pra minha mãe que se eu tivesse que dialisar, preferia morrer.” (P10)

“Eu vejo os pacientes com desesperança, cansaço, tristeza, as vezes raiva pela situação, luto. Eles ficam com muito medo. [...] tem momento de negar, de aceitar e depois de seguir, mas mesmo assim, durante o tratamento, esses sentimentos voltam. [...] sentimento de vergonha e que eles vão querer esconder pra debaixo do tapete pra não aparecer” (ENF1)

“O paciente apresenta tristeza, tem bastante sintomas depressivos, um sentimento de impotência, de ter a doença, as vezes solidão, [...] tem complicações, ou falta a consulta, se desmotivam. O medo da morte [...], ele vê os amigos dele as vezes indo, convive com a morte muito de perto” (ENF2)

Esse sentimento de medo e desejo de morrer, relacionado às mudanças impostas pela DRC, está associado ao fato de o “ser paciente” ser lançado neste mundo da DRC sem nenhuma opção de sua parte. Existencialmente, isto resulta em sentimentos de abandono e de solidão que se aderem à sua existência como a expressão mais profunda de sua natureza e o acompanharão sempre (PATERSON; ZDERAD, 1979; HEIDEGGER, 2008). Assim, “ser-sendo” não poderá ser, nunca, mais que o fruto de uma conquista, em meio de uma luta que não acabará, uma realidade para o “ser paciente” ao descobrir uma doença progressiva e irreversível, que lhe impõe um tratamento até sua finitude e hospitalizações eventuais, aproximação com a morte (LÉLIS; PAGLIUCA; CARDOSO, 2014; SEIN *et al.*, 2020; SHEN *et al.*, 2021), como retratado nas falas de alguns participantes.

“Teve momentos de medo, tem dias que eu estava bem estressada, tu muda comportamento, teu humor, queria me isolar, não tem como tu ficar 100% alegre. [...]. Tinha dias que eu estava triste, tinha dias que eu estava feliz, então é bem complicado.” (P7)

“Eu estava tendo crise de ansiedade logo que tive que iniciar o tratamento, eu estava muito mal, foi bem complicado. É um sentimento de nossa quero ir pra casa esconder isso aqui, ficar quietinha no meu canto, pra ninguém olhar pra mim. [...] o meu medo era de morrer, [...] de me perder, de acabar tudo [...]. Se tu me perguntar o que eu estou sentindo, a lista é enorme.” (P10)

“A gente tem muito paciente sem nenhum apoio familiar, que ele está sozinho nessa empreitada difícil”. (ENF4)

“Atualmente tem um sentimento que muito me chama a atenção é a parte da dificuldade de eles terem um acompanhamento familiar. [...] tipo solidão, eles têm que se virar sozinhos, e as vezes eles não conseguem.” (ENF5)

“Depois do transplante, acabou que o filho levou a cachorrinha para a casa dele, por causa dos cuidados que tinha que ter, e aí ele diz, fiquei sem a minha cachorra, fiquei sozinho e sem meus amigos. [...] se ele soubesse que seria assim, que se sentiria sozinho, ele não teria feito o transplante.” (ENF6)

“Tem pacientes que realmente, a gente sabe que eles são sozinhos, a família as vezes não está muito junto, presente.” (TENF3)

Destarte, essa luta incessante, também faz com que o “ser paciente” viva períodos em que se desvela o sentido da ambiguidade que é a abertura da presença cotidiana, inautêntica e impessoal (CRUZ *et al.*, 2016; SEIN *et al.*, 2020; SITJAR-SUÑER *et al.*, 2020), representada pela revolta e o sentimento de injustiça por estar doente e momentos de conformidade em

aceitar vivenciar este mundo da DRC, traduzido, por períodos de altos e baixos, conforme evidencia-se nas falas.

“Eu penso que tem gente que não tem problema nenhum, vai atravessar a rua e morre atropelado, e eu estou aqui até hoje. [...]. Então, eu acho que eu sou feliz, embora as vezes tenha medo e fique triste.” (P1)

“Pode ser que no meu subconsciente eu lute contra isso, mas eu acho que não, eu estou resignada. [...] tive forças pra reagir bem. Eu até me surpreendo comigo mesma [...]. A pandemia que é uma coisa horrível lamentável. Das melhores e mais suportáveis eu acho que é a hemodiálise.” (P6)

“Sou católica, mas daí pensei, se é pro meu bem, pra eu sobreviver, eu vou tranquila. Foi isso só que eu pensei que era pra me ajudar, pra eu sobreviver [...] tive que encarar, fazer, até esperar o transplante.” (P8)

“Tem dias que eu tô que nem o capeta não quero ver ninguém na minha frente, entendeu. [...] os meus nervos estão muito mais à flor da pele.” (P10)

“Pacientes com DRC, vem com uma série de carga emocional, que tem altos e baixos. Um paciente cheio de necessidades, complexo, paciente com gangorras, de estar feliz, está triste, mas muito mais triste do que feliz, e ora irritado.” (ENF1)

Além de todos esses sentimentos já relatados, a DRC também provoca alterações sobre o corpo físico que se refletem na maneira como o “ser paciente” percebe sua imagem pessoal. O “ser paciente” tem dificuldades em aceitar o seu novo estado físico. Há um luto que é vivido pela perda do corpo considerado saudável, que agora dá lugar a um corpo com fragilidades. O corpo passa a carregar marcas físicas levando à reflexão acerca da finitude dos seres humanos (SANTOS *et al.*, 2020).

Existencialmente, entende-se que cada ser humano se insere no mundo comum aos homens e às coisas por meio do seu corpo. Por meio deste corpo, o “ser” influi no mundo e o mundo influi nele. Por meio do seu corpo, o “ser” desenvolve seu mundo privado, pessoal e único (PATERSON; ZDERAD, 1979; HEIDEGGER, 2008). A alteração da autoimagem, com a formação cirúrgica da fístula arteriovenosa ou com a inserção do cateter duplo lúmen ou cateter peritoneal, ou qualquer outra alteração física aparente, faz com que, muitas vezes, o “ser paciente” sintasse constrangido e até invadido, frente a olhares curiosos voltados para si (FERREIRA *et al.*, 2017; SALIMENA *et al.*, 2018; RAMIREZ-PERDOMO, 2019), sentimento apontado por alguns participantes.

“Aí assim, é mais difícil, a questão são as outras pessoas não entenderem as coisas, eu tenho muita tristeza de ficarem falando, olhando, me sentia constrangida no início.” (P1)

“Vem a curiosidade das pessoas também quer saber o que é que tu tem, e claro, sempre fica um pouco constrangido no início.” (P8)

“Tirando a estética, que tu te olha no espelho e pensa, meu Deus parece que eu estou com uma antena na cabeça, tu te sente feia, tu te sente estranha, tu vê que as pessoas ficam te olhando na rua, é uma sensação muito ruim.[...] Mas a gente se sente constrangido assim.” (P10)

6.2.1.1.2 Elemento estruturante – “Perda da autonomia pelas limitações”

O mundo da DRC desvela ao “ser paciente” modificações na vida diária, devido às restrições impostas à realização de atividades com relevância social, profissional, pessoal e familiar, que ademais de lhe obrigar a modificar o seu modo de viver, também faz surgir um sentimento de perda (FERREIRA *et al.*, 2017; SEIN *et al.*, 2020; SITJAR-SUÑER *et al.*, 2020; SHEN *et al.*, 2021). Essa perda está associada à perda da autonomia graças às limitações, que, de acordo com o Quadro 11, surgem como resultado da condição de “ser paciente” no mundo da DRC, conforme relatos abaixo.

“O que incomoda de verdade é a limitação de tempo. [...] agora nesse mês eu estou terminando a graduação em Pedagogia, e aí eu tenho dificuldades com horários, na função agora de arrumar emprego. É só o tempo, essa limitação de estar lá.” (P4)

“Sabe, já me disseram que agora fim de ano eu não vou poder viajar. Porque eu fico limitada, eu tenho hemodiálise e a minha vai ser sábado. [...] eu fico limitada, eu necessito da máquina pra sobreviver. Então a minha liberdade de uma certa forma foi tirada.” (P6)

“Eu não levo uma vida normal, [...]. A gente tenta, mas a gente não leva. Trancar a faculdade, mudar o modo de me alimentar, de viver, ter que pensar mais no que eu estou comendo, no que eu estou bebendo.” (P9)

“Sim, a perda da liberdade, da autonomia. É o mais difícil pra mim, [...], por causa da diálise, se eu for sair tenho que levar muita coisa, eu não consigo levar, é muito peso, isso me pesou bastante.” (P10)

“Tem bastante pacientes que trabalhavam e perder em parte sua autonomia, seu poder aquisitivo [...] porque acabam indo pro INSS, [...] é o sofrimento pela limitação que a doença traz. Eles querem a autonomia, eles têm a perda desta, de depender de um equipamento.” (ENF2)

“Acho que o mais difícil pro paciente é a questão da limitação que acontece de um dia para o outro. [...]. Então eu acho que isso para ele, tirar a liberdade que ele tinha lá fora, parece que ele se sente preso ali naquele contexto.” (ENF5)

“ [...] tu teres uma vida, tu trabalha, tem uma vida social, [...], tu tens a tua liberdade e de repente tu te vês assim, preso numa máquina.” (TENF3)

Existencialmente, compreende-se que todo o estar doente é sempre uma limitação mais ou menos grave das possibilidades de relação que o homem pode manter no mundo, e, portanto, implica numa limitação de sua liberdade, ocasionando o sofrimento existencial (HEIDEGGER,

2008; SANTOS; SÁ, 2013). A liberdade está relacionada às possibilidades de escolha, e com estas, a compreensão de que em cada escolha há sempre uma renúncia, o que exige que cada “ser-no-mundo” exerça sua liberdade com responsabilidade (PATERSON; ZDERAD, 1979; BUBER, 2001; HEIDEGGER, 2008).

No mundo da DRC, entretanto, a liberdade não é uma opção de escolha para o “ser paciente”, que vê impostas a si restrições rígidas para seguir sendo neste mundo. Ao “ser paciente”, só lhe é dado o direito de escolha da modalidade de TRS se este consegue diagnosticar precocemente a perda da função renal, mantendo-se em um tratamento conservador, situação esta que não é realidade para a maioria dos seres que sofrem com a DRC, ou após vencer o período crítico da fase inicial do tratamento, que geralmente inicia-se pela hemodiálise.

Andersen-Hollekim *et al.* (2020), em seu estudo sobre a participação de pacientes com DRC na escolha do seu tratamento, relata que a maioria dos pacientes haviam sido preparados para a possibilidade de ter que iniciar a diálise, ou seja, o início do tratamento teve uma abordagem planejada. Entretanto, ao tomarem ciência de como o tratamento real afetaria suas vidas futuras, fez com que quisessem adiá-lo o quanto fosse possível. Além disso, embora os pacientes tenham reconhecido que o tratamento aliviou a carga física de seus sintomas, referiram que a hemodiálise acarretou o fardo emocional de desistir de sua liberdade e vida enquanto passavam os dias conectados a uma máquina, situação ilustrada por afirmações do tipo "Eu me senti preso". Portanto, independente da escolha do “ser paciente”, sua vida passa à dependência da máquina de hemodiálise ou da terapia de diálise peritoneal, causando alterações significativas e sofrimento, conforme relatos.

“Mesmo quando fui chamado para fazer o transplante e não pude fazer, eu sempre pensava, mais um salvo, tirou outro daquelas máquinas, que não é bom o cara estar lá.” (P5)

“Depois do transplante, eu só pensava que eu estava livre das máquinas, eu não iria sofrer mais.” (P8)

“Eu acho que a liberdade da máquina, de tu poder viajar, de tu poder saí, [...] é o que eu mais sinto saudade, poder sair pra casa das minhas amigas, passar uma noite fora, um final de semana.” (P10)

“Depender de uma máquina, depender de alguma coisa para ti viver e tu saber que se tu não fizer aquilo ali, tu vai morrer, deve ser muito ruim esse sentimento de que, se eu não for 3x na semana [...]” (ENF3)

“Muito medo, eles dizem, ah eu tenho muito medo de entrar para diálise e ficar dependendo de uma máquina.” (ENF5)

“A máquina é uma prisão, tu ficas refém 3x por semana, 4 horas, depende daquilo ali para viver. O paciente no transplante, eu percebo que, eles procuram fazer o melhor que eles podem, porque eles não querem voltar para a máquina.” (ENF6)

Percebe-se, nesse sentido, que o “ser paciente” estabelece uma relação com a máquina de diálise, que inicialmente produz medo. Entretanto, com o passar do tempo, este aprende a conhecê-la e passa a reconhecer a importância que esta tem para sua vida, tornando-se agradecido à mesma (RAMÍREZ-PERDOMO, 2019). Essa relação do “ser paciente” com a máquina de diálise, de quem ele depende para seguir sendo, é compreendida, existencialmente, como EU-ISSO, entendendo que a máquina assume um papel de “ente”, por ser um objeto fundamental neste contexto da DRC.

A relação EU-ISSO é sempre experimental, algo fixo, mas é antes de tudo representação, e não presença. É a atitude do homem em face ao mundo, pela qual ele pode compreender todos os feitos científicos e técnicos da humanidade. Por isso, o mundo do ISSO é seguro e inspira confiança, nele, o “ser” pode e deve viver. Entretanto, além de o “ser” não poder viver sem o ISSO, ele só se realiza na relação, no encontro com outros seres no mundo (PATERSON; ZDERAD, 1979; BUBER, 2001; FRANÇA *et al.*, 2013). Ao encontro disso, Andersen-Hollekim *et al.* (2020) apontou no seu estudo que, segundo os participantes, a máquina de hemodiálise passou a ser a aliada do “ser paciente”, não só para mantê-lo vivo, mas também para garantir o contato da equipe de enfermagem para além dos momentos de ser colocado e retirado da máquina, pois toda vez que a mesma alarmava, um profissional de enfermagem se aproximava para averiguar o que estava ocorrendo, dando mais atenção ao “ser paciente”.

Somando-se a essa perda de autonomia, o “ser paciente” necessita modificar hábitos alimentares e hídricos, bem como, hábitos relacionados a atividade física, lazer e trabalho, uso contínuo de medicamentos, dependência de profissionais de saúde e ou de outros cuidadores, tornando a vida um desafio (FERREIRA *et al.*, 2017; SALIMENA *et al.*, 2018; RAMÍREZ-PERDOMO, 2019; SITJAR-SUÑER *et al.*, 2020; SEIN *et al.*, 2020; SHEN *et al.*, 2021), o que também gera sofrimento, conforme relatos.

“E aí no calor ainda era pior, porque como eu fiquei muito inchada e não podia beber nada de água, aí o sofrimento maior era não poder beber água. [...]. Isso nossa, isso me entristece,” (P1)

“Pois é, antes eu tinha cavalo mas por causa do próprio cateter, permicath era complicado. As fístulas, eu nunca mais montei.” (P2)

“Então claro, tem coisas, não pode comer sal, não pode comer isso, não pode comer aquilo, isso aí foi puxado, não é uma coisa muito simples.” (P3)

“A dificuldade maior que eu tenho é tomar banho. Com esse cateter não tem condições.” (P6)

“Infelizmente sim, eu tinha conseguido uma bolsa na faculdade daí eu tranquei, [...]. Alimentação, assim fruta, o potássio e beber água, [...]. Não poder comer certas coisas como banana e laranja.” (P9)

“Naquela época, era pleno verão, calorão, eu não podia lavar o cabelo porque eu tinha, entre ficar com o cabelo sujo e pegar uma infecção no cateter, eu preferia ficar com o cabelo sujo.” (P10)

“A realidade do paciente renal crônico, ela está cada vez mais limitada, cada vez mais difícil, tem a questão socioeconômica, que a gente percebe o paciente muito mais vulnerável, agora com a pandemia [...], nós tivemos que fazer um plano de cesta básica pros pacientes.” (ENF5)

“Eu acho que no pré-transplante e na diálise é a restrição hídrica, para eles isso é o mais difícil. E no pós-transplante, é a quantidade de medicamentos que eles têm que tomar depois.” (ENF6)

Percebe-se que a DRC, bem como as TRS, afeta todas as áreas da vida do “ser paciente”, o que faz surgir um sentimento de culpa e arrependimento sobre o fardo que sua doença impõe aos demais membros da família, principalmente para aqueles que perdem o emprego e enfrentam dificuldades para reingressar no mercado de trabalho em decorrência da TRS, por não possuir tempo e energia para tal função (RAMÍREZ-PERDOMO, 2019; SANTOS *et al.*, 2020; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020; SHEN *et al.*, 2020). Somando-se a isso, o “ser paciente” passa a necessitar da ajuda de seus familiares, o que torna esse sentimento de ser um peso ainda maior, o que foi possível identificar nas falas de alguns participantes:

“Eu moro em São Leopoldo. Aí eu preciso que o meu irmão me leve pro Clínicas. Então meu irmão e minha mãe vivem em função da minha doença.” (P1)

“Muitas vezes, eu saía ruim da diálise e eu passava mal, só que eu passava um tempo lá esperando, até eu ficar bem, para eu chegar em casa e dizer para todo mundo que eu estava bem para não passar nada para os outros.” (P5)

“Só posso contar mesmo com meu marido, porque o resto da família só crítica e julga mais do que apoia sabe. Então é como se eu fosse um peso.” (P9)

“Eu tive que voltar a morar com eles, porque é muito ruim tu morar longe dos pais quando tu está em uma situação assim, porque tu precisa de alguém. [...] E para piorar, minha mãe ficou depressiva por muito tempo no começo.” (P10)

“Não consegue uma vaga no verão na praia, a família que tinha o costume de ir todo o verão pra praia, não vai mais, então eles se sentem, tipo um entrave pra família, um peso nessas coisas.” (ENF2)

“Aí tem uns com cadeira de rodas, depende dos filhos, depende de alguém para levar, para ajudar para levantar para botar na balança [...]. Então tem assim nos mais velhos, eu acho que eles se sentem mais tipo um peso.” (ENF3)

“No contexto deles, eles estão só ali pra família como um estorvo, é assim que muitos se sentem.” (ENF7)

6.2.1.1.3 Elemento estruturante “Acostumado a ser cuidado”

Em decorrência da perda de autonomia pelas limitações que a DRC impõe ao “ser paciente”, ele acaba aceitando passivamente esta forma de estar no mundo da DRC, renunciando, muitas vezes, sua responsabilidade de fazer escolhas em direção ao seu projetar-se no mundo. Neste sentido, conforme o Quadro 11, “acostumado a ser cuidado” surge como uma estratégia da TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, a qual reflete uma postura mais exigente do “ser paciente” em relação ao “ser enfermagem” e aos seus familiares, demandando mais atenção de ambos.

Tal passividade está relacionada ao fato de a DRC surgir abruptamente na vida do “ser paciente”, que vivencia esta transição de estar com boa saúde para se tornar um ser que sofre de uma doença, acompanhado por sentimentos de incerteza, vulnerabilidade e falta de energia, (RAMÍREZ-PERDOMO, 2019; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Neste cenário que se desvela incerto, o “ser paciente” julga-se incapaz de realizar o tratamento sem a presença de um familiar ou de uma equipe de profissionais, acostumando-se a ser cuidado, o que fica evidenciado em algumas falas dos participantes:

“Não quis fazer diálise peritoneal, porque fazendo hemodiálise no hospital, eu estou assistido, eu estou lá dentro, eu tenho o suporte da equipe.” (P3)

“E quando eu transplantei, eu tive dificuldade de sair de perto do hospital, eu não queria sair de perto do hospital, eu acho que eu levei uns dois meses para desmamar do hospital. Eu gosto de estar perto do hospital, porque se acontece alguma coisa, eu corro lá.” (P4)

“A turma da nefro e da hemodiálise é maravilhosa. Muito boa. É só eu chamar e eles já vem rápido pra me atender. [...] A hemodiálise é uma coisa que vou ali estou protegida.” (P6)

“Quando eu transplantei, eu senti falta. Até quando eles passavam mal a gente ficava um cuidando do outro pra ver se não começava a baixar a pressão sanguínea na máquina.” (P7)

“O paciente que transplanta, acaba relatando muito isso, principalmente se ele iniciou na hemodiálise, ele foi acostumado a ser cuidado, e aí ele vai ter que mudar para uma questão de autocuidado na diálise peritoneal e no transplante, e aí ele sente falta um pouco de ser cuidado.” (ENF4)

“Eu acho que eles se sentem mais seguros porque eles são cuidados, isso é uma coisa que eu vejo que quando eles vêm pro transplante, eles têm que desapegar daquela coisa de ter alguém cuidando. [...] a diálise peritoneal, tem pacientes que poderiam estar fazendo, e não querem fazer, porque não vai ter ninguém para cuidar junto com eles. Eles têm aquela dependência de estar sendo cuidados.” (ENF6)

Essa postura de passividade do “ser paciente” frente ao seu tratamento agrava a perda da sua autonomia, que, associada à complexidade da DRC, faz com que este seja visto como um ser complexo, que demanda bastante atenção por parte do “ser enfermagem” e dos seus familiares, fato que tem relação ao vínculo de confiança e afeto que é construído entre estes seres, entendido aqui, existencialmente, na relação EU-TU que se estabelece no decorrer de cada encontro de cuidado (PATERSON; ZDERAD, 1979; BUBER, 2006; FRANÇA *et al.*, 2013).

“Os pacientes renais crônicos são pacientes que demandam bastante atenção, demandam bastante cuidados, não só psicológicos, mas como conhecimentos técnicos, são complexos.” (ENF1)

“Ele é um paciente, ele é um desafio, porque ele é complexo.” (ENF2)

“É um paciente que quando está internado tem uma demanda muito grande, [...], porque eles têm muito cuidado, muito problema junto. Então é um paciente que precisa de muita orientação do enfermeiro e de todos os profissionais, na verdade.” (ENF4)

“Eu vejo esse paciente sendo um paciente bastante complexo, cada vez ele tem a sua complexidade aumentada pelas comorbidades, mais difíceis da gente prestar um cuidado com segurança e com qualidade ao mesmo tempo.” (ENF5)

Neste “estar com” do “ser paciente” com o “ser enfermagem”, o diálogo vivido que ocorre segue em direção a fornecer recursos físicos, emocionais e de conhecimento sobre a DRC ao “ser paciente”, possibilitando que este, ao longo do tratamento, vá se apropriando deste mundo e de si, encontrando um sentido nesta experiência vivida (SILVA *et al.*, 2018). Assim, o “ser paciente” se movimenta e caminha na busca de maior clareza e integração de si, desenvolvendo-se em direção a sua possibilidade de “ser mais”.

Neste sentido, o “ser paciente” vai tornando-se mais exigente, buscando se apropriar do mundo da DRC por meio de pesquisas em diferentes fontes, a fim de obter conhecimentos relacionados à doença. Entre essas fontes inclui o “ser enfermagem”, internet, folhetos hospitalares e contato com outros seres que também experenciam este mundo da DRC (ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020), em busca de recuperar sua autonomia, o que é evidenciado na fala de alguns participantes.

“Tudo que eu tenho dúvida, eu pergunto para o médico. Qualquer coisa que eu sinto, eu passo para o médico, eu tento esclarecer todas as dúvidas, eu não fico com nada de dúvidas.” (P5)

“[...] Eu odiei aquele laboratório, é um lixo aquilo, eu reclamei pra eles. É horrível desde a entrada até a saída, o enfermeiro que tirava sangue, ele abria a porta com a luva e com a mesma luva tirava sangue [...], muito mal atendida.” (P6)

“É um paciente bastante exigente assim com relação ao enfermeiro, porque é um paciente que está conosco 3x na semana, por muitos meses, por muitos anos. [...], então a gente vai dando para ele muito conhecimento, e é um paciente exigente em termos de cuidado.” (ENF5)

“É um paciente que domina muito, tem bastante conhecimento da patologia dele, não no início, mas ao longo do tratamento porque é um tratamento longo, ele acaba tendo bastante conhecimento.” (ENF6)

“Eu percebo que nossos pacientes são mais exigentes do que de outras áreas, [...]. Eles querem mais atenção. Eles são mais solicitantes.”(TENF 3)

6.2.1.1.4 Elemento estruturante “Transcendendo a DRC”

Vivenciar o mundo da DRC é um desafio que o “ser paciente” enfrenta, permeado de sentimentos negativos, da incerteza do futuro, de constantes mudanças, que, muitas vezes, o faz pensar em renunciar suas possibilidades de seguir sendo neste mundo. Apesar de todo este contexto, o “ser paciente” consegue expressar gratidão pela possibilidade de receber hemodiálise (SEIN *et al.*, 2020; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020), e ao longo do tratamento, na relação com outros seres deste mundo da DRC, ao surgir o sentimento de pertencimento, é possível ter uma perspectiva de futuro. Neste sentido, emerge o elemento estrutural – “Transcendendo a DRC” como uma resultante da TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, conforme apresentado no Quadro 11.

Existencialmente, transcender é superar. Em toda a superação há algo a ser superado. A transcendência pertence ao “ser” por direito, é uma estrutura fundamental da subjetividade. É fundamentalmente e essencialmente projeto das possibilidades do “ser”. Esta possibilidade de transcender equivale dizer que, na essência do ser, este é organizador de um mundo. O mundo é o que o “ser” projeta ante si como o conjunto das relações que pode ter com os existentes, EU-TU, EU-ISSO e EU-NÓS, em meio dos quais existe. Porém projetar-se assim no mundo, é projetar-se e transcender-se a si mesmo (PATERSON; ZDERAD, 1979; BUBER, 2001; HEIDEGGER, 2008).

Entende-se, no mundo da DRC, que transcender tantas mudanças é um movimento intenso e difícil para o “ser paciente”, que necessita encontrar possibilidades de seguir projetando-se no mundo, vencendo o cansaço e a limitação que as TRS acarretam, o que, muitas vezes, acaba reverberando em sentimentos de frustração em relação ao “ser enfermagem” e a outros profissionais neste contexto, conforme relatado por alguns participantes.

“Eu tive que cortar o crânio, botar a válvula com o dreno. [...] se eu tivesse sido medicado antes por ela (médica do posto) e feito a medicação ali, eu não teria tido esse AVC e eu poderia estar na fila do transplante.” (P2)

“Eu tive nove internações ano passado. E a maioria foi por infecção no cateter, porque os enfermeiros lá da clínica não cuidavam direito.” (P9)

“E eu acho que eles projetam no profissional, como se os problemas deles, como se a gente tivesse alguma culpa, [...] eles acham que tu não estás ajudando eles de alguma maneira, [...]. Projetam as frustrações deles na gente.” (ENF3)

“Aí se revoltam com a equipe, parece que a culpa é nossa pelo ganho de peso, pelas cobranças de não tomar tanta água, de não poder isso e nem aquilo, parece que a culpa é nossa.” (ENF6)

“Às vezes os pacientes vêm ali e reclamam, às vezes brigam com funcionários, são meio grosseiros, [...]. Eu acho que de uma certa forma sabe eles projetam as frustrações na equipe.” (ENF7)

Entretanto, quando o “ser paciente” consegue manter uma rede de apoio tanto dos familiares e amigos, quanto do “ser enfermagem”, compreendendo essa experiência vivida da DRC, com o passar do tempo, torna-se possível encontrar possibilidades para projetar-se em direção ao seu ser-mais, ter sonhos e “ser sendo no mundo”, conforme relato dos participantes:

“Eu pretendo fazer um álbum da minha vida porque eu tenho foto de tudo. Olha... eu quero fazer o transplante muito porque eu tenho projetos na minha vida, [...] ir morar em Garopaba porque temos amigos em comuns na praia.” (P2)

“Minha formatura é agora no final do ano, estou esperando só as notas na verdade, e já estou matriculada na pós, [...], em educação especial inclusiva.” (P4)

“Eu penso em sair às vezes, viajar, ir pra praia, essas coisas que não dava pra ir antes. [...] porque tinha que fazer hemodiálise. Agora dá pra ir tranquila, levar os medicamentos e ir tranquila.” (P8)

“Eu espero um rim novo que não rejeite, que dure um tempo bom, que eu sei que não é pra sempre também [...]. Eu quero só poder voltar a tomar água, poder sair, poder me sentir bem, terminar minha faculdade de veterinária.” (P9)

6.2.1.2 Subcategoria “Ser enfermagem”

Conforme apresentado no Quadro 11, o outro ser que se desvela no mundo da DRC é o “ser enfermagem”, aqui compreendido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, que se relacionam com o “ser paciente”, coexistindo neste contexto. Assim, a subcategoria “ser enfermagem” é estruturada pelos elementos: Estando presente, Desvelando possibilidades e Sendo mediador. Por sua vez, estes elementos compõem os pressupostos, estratégias e resultantes na nova TMA.

A enfermagem, sob um olhar existencial, é uma experiência que se vive entre seres humanos. Cada circunstância da enfermagem evoca e influi reciprocamente na expressão e em

manifestações da capacidade destes seres humanos para a existência e sua condição para ela. A enfermagem humanística é mais que uma relação unilateral sujeito-objeto, tecnicamente competente e caritativa, guiada por um enfermeiro em benefício do outro. Mais bem, prescreve que a enfermagem é uma relação transacional que se responsabiliza por investigar e cuja expressão demanda a conceituação embasada na consciência existencial que o enfermeiro tem do seu ser e do outro (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Neste sentido, a enfermagem se concretiza, enquanto ciência, a partir das experiências vividas entre “ser paciente” e “ser enfermagem”, constituindo o significado dessas experiências o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação intersubjetiva para que o cuidado aconteça (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015). Entretanto, para que se alcance essa relação, é necessário que haja presença autêntica do “ser enfermagem”, ou seja, a disponibilidade deste para o “ser paciente”, numa espécie de “estar com”, que é na realidade um tipo de fazer e que implica a presença ativa do “ser enfermagem” (PATERSON; ZDERAD, 1979).

6.2.1.2.1 Elemento estruturante “Estando presente”

“Estar com”, em seu sentido mais amplo, requer fixar a atenção no “ser paciente”, estar atento a uma abertura aqui e agora da situação compartilhada, mundo em que ambos os seres — enfermagem e paciente — estão, e comunicam sua disponibilidade (SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021; PATERSON; ZDERAD, 1979). Assim, entende-se que “estando presente” é um pressuposto para que o diálogo vivido da enfermagem efetivamente ocorra nos encontros entre “ser paciente” e “ser enfermagem” no mundo da DRC, conforme Quadro 11.

A presença autêntica se concentra na intencionalidade de fazer e estar em uma relação, “ser enfermagem-ser paciente”, como uma parte integrante da gestão do cuidado de enfermagem. No mundo da DRC, o “estar com” se refere à capacidade do “ser enfermagem” de estar presente nas experiências do “ser paciente” respondendo à plenitude da singularidade deste “ser” (SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021; NEBRES *et al.*, 2020). Neste contexto, esta presença é intensa pelo fato de a DRC ser irreversível e impor ao “ser paciente” uma TRS que vai acompanhá-lo até sua finitude, ocasionando uma convivência entre “ser paciente” e “ser enfermagem” por um longo período. Nesta acepção, há um desvelar recíproco de um para o outro, estabelecendo uma relação EU-TU em que o “ser enfermagem” tem a possibilidade de exercer seu papel de cuidador com autonomia, realizando-se enquanto este “ser cuidador” no mundo da DRC, conforme colocado por alguns participantes.

“Eu me sinto satisfeita pelo que eu faço, eu acho que eu contribuo pro paciente com meu conhecimento.” (ENF2)

“Eu adoro o que eu faço. Gosto muito muito de cuidar desses pacientes, eu gosto de educar, eu gosto de falar, eu gosto desse envolvimento. A gente tem bastante autonomia.” (ENF3)

“Eu gosto muito, eu trabalho desde que eu me formei, fazem 13 anos que eu trabalho sempre com doente renal crônico, [...] me sinto bem. O enfermeiro de nefrologia tem muita autonomia, tem uma responsabilidade muito grande e é um profissional mais independente do profissional médico” (ENF4)

“Olha, de uma forma geral, eu me sinto muito bem, eu adoro fazer assistência do paciente renal crônico, [...], eu acho que uma característica bem importante é a questão da autonomia, as enfermeiras são bastante autônomas nas suas atividades, [...], para gerenciar esse cuidado que é dela.” (ENF5)

“Eu me sinto realizado profissionalmente, porque é uma coisa que eu gosto, em janeiro vai fazer 25 anos que eu trabalho nessa área de hemodiálise, me sinto realizado.” (TENF2)

“Eu me sinto privilegiada porque eu amo, eu adoro o que eu faço [...] e comecei a trabalhar como técnica de enfermagem em hemodiálise, eu nunca trabalhei em outra área, então, foi sempre uma paixão.” (TENF3)

Fica claro, por meio das falas dos participantes, que a presença do “ser enfermagem” como conduta de cuidado ao “ser paciente” envolve vários aspectos, a saber: o cognitivo, por meio do uso do conhecimento e capacidade de raciocínio; afetivo, em termos de sentimentos, atitudes e motivação para cuidar; comportamental, por meio da capacidade física para adquirir e executar habilidades de enfermagem; e o aspecto espiritual, pela capacidade de dar cuidado espiritual por meio de orações e atitudes motivacionais. Esses aspectos do cuidado não são bem definidos, mas se sobrepõem e se interrelacionam na prática da presença do “ser enfermagem” (MOHAMMDIPOUR *et al.*, 2017; NEBRES; NEBRES; NEBRES, 2020).

No mundo da DRC, este estar presente também está imbuído na crença que o “ser enfermagem” tem na TRS, que se reflete não somente na busca do conhecimento em direção ao seu “ser mais” enquanto “ser que cuida”, mas principalmente, no empenho em ajudar o “ser paciente” a adentrar neste mundo da DRC, escolhendo com responsabilidade sua modalidade de TRS e assim, seguir como “ser sendo” em direção ao seu “estar melhor” neste contexto, conforme a fala de alguns participantes.

“As enfermeiras da diálise peritoneal ali do Clínicas conversaram com minha mãe sobre a diálise, porque ela tinha muito medo por causa da minha avó. [...], mas as enfermeiras sempre me ajudaram, tiraram as dúvidas e depois foi tranquilo.” (P9)

“Isso é uma coisa que tu precisas ter bem claro de que tu tens que acreditar. Eu e a minha colega e a médica acreditamos muito. A gente acaba dizendo pro paciente, olha

se tivesse eu que fazer, ou um familiar meu, eu indicaria esse método pra poder fazer um bom tratamento.” (ENF1)

“Tu tens que acreditar naquilo que tu estas falando. Então se tu achas que é um método bom, que vai ser bom para ele, ele tem que saber e acreditar. [...], se fosse comigo, se fosse com um familiar meu, eu sempre digo isso para eles, eu ia optar pela diálise peritoneal, porque eu acredito no método.” (ENF3)

Percebe-se, portanto, que os benefícios da presença do “ser enfermagem” como um comportamento de cuidado, tais como, um comportamento carinhoso, constituem um papel ativo em que o “ser paciente” experimenta uma sensação de aceitação e se sente cuidado e respeitado, reconhecendo a presença do “ser enfermagem” como um agente de cura, usando conhecimento profissional e habilidades para se conectar e respeitar a singularidade do indivíduo (NEBRES; NEBRES; NEBRES, 2020).

Ressalta-se, entretanto, que a presença do “ser enfermagem” não requer que haja, exclusivamente, o modo presencial do ser, o que ficou evidenciado durante a pandemia da COVID 19. Nesse período de pandemia, a enfermagem se fez presente com o paciente por meio de teleconsulta, e, em algumas áreas mais críticas de cuidado, por meio do aplicativo WhatsApp, realizando vídeo chamadas e mensagens de áudio entre paciente e seus familiares (PALOSKI *et al.*, 2020; PESSALACIA, 2020). No mundo da DRC, o “ser enfermagem” também se utilizou destas tecnologias para aqueles que realizam diálise peritoneal e para aqueles que estão transplantados, evitando que os mesmos se expusessem ao risco de contágio durante deslocamentos e consultas no hospital, possibilitando que o encontro de cuidado ocorresse. Neste sentido, estar presente permite ao “ser enfermagem” desvelar possibilidades de cuidar do “ser paciente” mesmo em situações adversas, conforme colocado pelos participantes.

“Nosso papel é fundamental para estar ali, de corpo e alma, para poder fazer um trabalho bem-feito. E ainda a gente também lida muito com paciente por telefone, porque o nosso paciente não está sempre ali, se o paciente faltou à consulta, a gente liga pro paciente” (ENF1)

“Com esse negócio da pandemia e a gente não está conseguindo vê-los muito, então a gente está ligando para saber como é que está, se está bem, que tem que vir fazer exame, a gente está tentando manter, porque eles ficam longe.” (ENF3)

“Nós já utilizávamos a teleconsulta para os pacientes transplantados, porque muitos moram longe daqui do hospital, mas com a situação da pandemia, passamos a utilizar ainda mais, até porque, nossos pacientes usam imunossupressores, então o risco é ainda maior.” (ENF6)

6.2.1.2.2 Elemento estruturante “Desvelando possibilidades”

Além disso, por meio da presença, o “ser enfermagem” pode trilhar um caminho não só para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas também para autorrealização e uso autêntico de si mesmo como instrumento final do cuidado humano (NEBRES *et al.*, 2020), e assim, também desvelar possibilidades em direção ao seu “ser mais”. Portanto, “desvelando possibilidades” surge como uma estratégia do “ser enfermagem” na nova TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC, conforme apresentado no Quadro 11.

Essa estratégia de desvelar possibilidades no mundo da DRC é uma necessidade que cada vez se faz mais presente ao “ser enfermagem”, posto que a complexidade da DRC, atrelada ao avanço das tecnologias disponíveis para os tratamentos de saúde, tem provocado mudanças no perfil do “ser paciente”, em que se observa uma tendência global de aumento progressivo da faixa etária, com expressiva porcentagem de idosos. Tal mudança pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida da população em geral, além do aprimoramento progressivo das técnicas dialíticas e medicações de suporte às complicações da DRC terminal, permitindo também maior longevidade aos pacientes (NEVES *et al.*, 2020). Entretanto, o aumento da porcentagem de idosos implica aumento de carga de comorbidades entre os que realizam TRS, exigindo um olhar atento do “ser enfermagem” nesta mesma direção, fazendo este diálogo vivido, que é a enfermagem, ser cheio de desafios, conforme apontado por alguns participantes.

“O paciente vai mudando, e a gente junto, aí vamos fazer aquela coisa diferente né, o desafio que a gente precisa.” (ENF3)

“A assistência muda, embora seja o mesmo paciente, porque o paciente muda o perfil e tu tens que te atualizar, tu tens que estudar sempre, tu nunca para no tempo. Então para mim é um desafio diário, e eu gosto muito de desafios. O perfil da liderança na nefrologia, ele tem, de uns 10 anos para cá, uma mudança muito importante e está relacionado ao perfil desse paciente, que mudou, que está vivendo mais e se tornando mais vulnerável.” (ENF5)

“Eu percebo que nossa prática, no dia a dia com o paciente, tem mudado ao longo do tempo, exigindo muito mais a presença do enfermeiro junto ao paciente.” (ENF7)

6.2.1.2.3 Elemento estruturante “Sendo mediador”

No desvelar de possibilidades, o “ser enfermagem” precisa estar aberto ao “ser paciente”, disponível e sem exercer ou ser alvo de julgamentos para poder identificar as necessidades emergentes deste ser, atendendo-as adequadamente para que o cuidado aconteça

(ARAÚJO; ARAÚJO, 2015), o que exige transcender as ausências que vão surgindo durante o diálogo vivido em direção ao projetar-se no mundo da DRC, compreendido como mediação.

A mediação é o elemento intersubjetivo ou inter-humano de “estar com o outro” e “fazer com o outro”, que flui ao longo das interações da enfermagem. Assim, olhar a enfermagem sob uma visão humanística, é perceber que ela se ocupa da “mediação” do “ser enfermagem” e seus semelhantes, os quais são o microcosmo de suas comunidades, ou seja, pacientes, familiares de pacientes, colegas profissionais e outro pessoal do serviço de saúde (PATERSON; ZDERAD, 1979). Portanto, entende-se que “sendo mediador” é um resultante da subcategoria “ser enfermagem” na TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, de acordo com apresentado no Quadro 11.

No mundo da DRC, “ser paciente” e “ser enfermagem” compartilham os desafios que a doença os impõe, nem sempre num ritmo sincronizado com a complexidade e as mudanças que a mesma exige. Isso faz com que o “ser enfermagem” tenha que buscar novas possibilidades para seguir cuidando do “ser paciente”, sendo mediador entre os seres neste mundo (SILVA *et al.*, 2018; PATERSON; ZDERAD, 1979), o que muitas vezes reflete-se em exercer outros papéis, cobrar certas coisas, assumir a referência do cuidado, sendo linha de frente na comunicação, além de ter que desempenhar o que lhe cabe como “ser enfermagem” neste contexto, realidade trazida pelos participantes do estudo.

“Eu observo muito assim que elas se comunicam. O que acontece comigo, todas elas ficam sabendo. [...] Uma me liga na máquina e depois a outra vem ajudar e me libera. [...] Já me aconteceu de eu falar alguma coisa e quando eu ver o médico estar ali conversando comigo.” (P6)

“A equipe de enfermagem deixava nós muito à vontade. Eu digo que é um tratamento como se tivesse num hotel cinco estrelas. A enfermagem acaba sendo um pouco nossos psicólogos também.” (P7)

“Eu acho que a gente tem um papel muito importante ali pro paciente, porque a gente ajuda ele a passar por esse processo, nós somos referência e eu acho que eu contribuo pro paciente com meu conhecimento a enfrentar essa doença que é tão complexa.” (ENF2)

“Então eu me sinto preparada, e eu tento sempre orientar o paciente, tentar deixar ele o mais tranquilo em relação ao tratamento. Eu sempre digo, tu tens que trabalhar com o paciente, com a máquina e com a máquina e o paciente, tudo junto.” (TENF1)

“Então a gente é meio que nutricionista, porque a gente acaba orientando da dieta, tem a nutricionista, mas também não dá pra toda hora estar chamando, tu é psicóloga, tu é enfermeira, tu é mãe, porque tu as vezes tem que dar umas chamadas [...], cobrando a aderência ao tratamento, então a gente desenvolve vários papéis ali.” (ENF3)

“A nível multiprofissional, eu acho que tem uma carência grande. Nutricionista, que seria extremamente importante, na prática, eu não tenho ali, [...]. O serviço social, a gente contatando, a gente consegue, psicologia também, é muito se contato, é tipo

uma interconsulta, [...]. Então, é muito a enfermagem e o médico. Então, a gente invade o papel de todo mundo.” (ENF4)

A mediação é mais que um fator ou aspecto da enfermagem, é a relação básica na qual e através da qual ocorre a enfermagem. É por meio das relações empáticas vividas pelo “ser enfermagem” de “EU-TU” com o “ser paciente” e outros presentes no mundo da DRC, durante as experiências reais vividas e sua própria história adquirida através da experiência ou do estudo, que tornam única a mediação da situação da enfermagem. É através da sensibilidade do “ser”, a consciência autêntica e a reflexão sobre essas experiências que o “ser enfermagem” chega a se conhecer (BUBER, 2001; PATERSON; ZDERAD, 1979) e, assim, desenvolver-se em direção ao seu “ser-mais”.

Fica evidente, pelas falas dos participantes, que a mediação ocorre nos diferentes encontros de cuidado no mundo da DRC. Entretanto, percebe-se a dificuldade do “ser enfermagem” em realizar registros que suportem a importância da mediação na transcendência do “ser paciente” em direção ao seu “ser-mais”. Paterson e Zderad (1979) referem que há dificuldades reais na intenção de descrever algo tão real, porém tão nebuloso como a “mediação”. Neste sentido, reforçam a importância de desenvolver hábitos de autoconsciência da experiência, a recordação e a reflexão. É por isso que a enfermagem deve lutar por uma linguagem própria, encontrando palavras apropriadas nos vocabulários da disciplina, orientados física e tecnologicamente e inclusive, talvez, criar a terminologia que permita comunicar a essência e a qualidade da experiência da intersubjetividade, à qual corresponde a mediação.

No mundo da DRC, essa dificuldade de realizar os registros, não é só inerente à descrição da mediação, mas sim, de todos os processos de trabalho que ocorrem nos diferentes encontros de cuidado experienciados neste contexto, devido à dinâmica e à demanda das atividades ali presentes, situações estas que foram apontadas pelos participantes.

“No hospital a gente tem até 7 dias para fazer um registro de uma consulta ambulatorial. O que eu acho muito ruim, a gente não conseguir atender e logo registrar. Nos falta tempo pra isso [...] um diagnóstico comum nos nossos pacientes é a desesperança.” (ENF1)

“É uma coisa que a gente vem tentando [...] porque a gente não tem o mesmo sistema de registro do ambulatório [...]. Mas a gente fez, eu e a minha colega, nós separamos alguns diagnósticos de risco, de comportamento, [...] que a gente trabalha no pré-transplante e a gente vê que melhora.” (ENF2)

“Ali na hemodiálise, o nosso processo de enfermagem é bem limitado ainda, ele é muito baseado no ambulatório, que é uma coisa que não é de acordo com o que o HCPA tem, [...]. Tu até podes fazer diagnósticos, mas tu não tens eles pré-estabelecidos no sistema, e muito menos cuidados relacionados.” (ENF4)

“A gente faz a evolução e os diagnósticos, a taxonomia que a gente usa é a NANDA [...]. Tem um diagnóstico que a gente levanta bastante que é a Desesperança, que a gente percebe que os pacientes, a maioria deles, não sente assim, esperançosos para seguir a vida.” (ENF5)

Percebe-se, nos relatos dos participantes, que o “ser enfermagem” reconhece a importância dos registros para sua prática profissional, que apesar de o hospital já possuir um sistema de registros nas demais áreas, no mundo da DRC, isso ainda não é uma realidade. Entretanto, fica evidente que, o “ser enfermagem” realiza os registros de suas atividades, mas com exceção do diagnóstico de Desesperança, o qual envolve questões relacionadas à dimensão existencial do ser, o enfoque ainda é nos diagnósticos mais relacionados à dimensão biológica, reforçando a necessidade de o “ser enfermagem” realizar o registro do encontro de cuidado com atenção na mediação que ali ocorre, valorizando a intersubjetividade dos seres ali presentes.

6.2.1.3 Subcategoria “Encontrando-se”

O encontro de cuidado é importante para que os seres no mundo da DRC possam se desvelar e seguir sendo em direção ao seu “ser –mais”. Logo, “Encontrando-se” surge como um pressuposto da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC, estruturada pelos elementos “estabelecendo vínculos” e “tornando-se uma família”, conforme o Quadro 11.

A enfermagem implica um tipo especial de encontro entre seres humanos, que tem lugar em resposta a uma necessidade percebida como relativa à qualidade de saúde-doença própria à condição humana. Portanto, a enfermagem não implica em um encontro meramente fortuito, mas em um encontro em que há um chamado e uma resposta com fins determinados, sendo considerada um tipo especial de diálogo vivido (PATERSON; ZDERAD, 1979).

O encontro requer a reunião de seres, caracterizada pela expectativa da presença do “ser enfermagem” e, pelo menos, do “ser paciente”, num espaço em que há fatores que influenciam este evento, tais como sentimentos surgidos, a singularidade de cada “ser” e a decisão de revelar-se para o outro e conter-se com o outro (SILVA *et al.*, 2018). No mundo da DRC, este encontro é experienciado constantemente entre os seres, a partir do momento que o “ser paciente” inicia uma TRS e passa a se relacionar com o “ser enfermagem”. Este, ao acolher aquele, inicia o estabelecimento de um vínculo com o mesmo, o que é retratado nas falas dos participantes.

“Ah, com certeza, porque a gente se sente acolhida. E aí, elas tendo um carinho assim com a gente, agrega uma coisa com a outra.” (P1)

“O acolhimento deles é muito bom, o cuidado deles, [...], que não é só aquele profissional que está ali pra me medicar, as vezes eles me escutam, a gente conversa, me dão conselhos, mostram outros lados pra que eu posso melhorar.” (P2)

“Então, eles procuram fazer a gente se sentir bem, sentir acolhidos.” (P3)

“Fui muito bem atendida naquela hemodiálise [...]. Eles me acolhem bem, eles atendem rápido a pessoa. [...], aí eu me sinto segura. Me sinto acolhida.” (P6)

“Elas têm muito cuidado com a gente, se eu mandar mensagem agora ou ligar pra lá [...], vem que a gente te atende, a gente dá um jeito, vem pra cá. Então são coisas que tu te sentes acolhida.” (P10)

“Eu acho que é esse primeiro contato, tu fazeres um bom acolhimento quando ele chega no serviço, é nesse momento que inicia o vínculo. [...], tu enxergares que tem uma outra pessoa ali do outro lado, que está assustada, que está com medo e que não entende, então eu acho bem importante a acolhida.” (ENF6)

“Eu acho que tu tens a forma de chegar nesses pacientes, uma forma mais acolhedora, [...], torna um paciente mais aderente de ter um vínculo mais saudável com a equipe, conforme a nossa aceitação, o nosso trabalho frente a isso.” (ENF7)

O modo como cada “ser” lida com a doença depende diretamente da sua condição psicológica e trajetória de vida. O acolhimento na fase inicial da TRS é crucial, pois o “ser paciente” necessita de alguém disponível para quem possa relatar não só o sentimento de tristeza, mas todos os sentimentos impactantes que surgirão como resultado do tratamento. Desta forma, percebe-se a importância de o “ser enfermagem” que assiste este “ser”, buscar conhecer quais são os sentimentos que permeiam o seu percurso de vida, buscando acolhê-lo, considerando as suas particularidades e diferenças e respeitando-o na sua forma integral, sabendo que cada “ser” tem uma percepção diferente da situação vivenciada (SANTOS *et al.*, 2020).

6.2.1.3.1 Elemento estruturante “Estabelecendo vínculos”

O acolhimento permite ao “ser paciente” sentir-se seguro em relação a TRS que está realizando, convertendo-se em confiança no “ser enfermagem”. Isso contribui para o estabelecimento de vínculo entre os seres no mundo da DRC e seu desvelar um para o outro, configurando um elemento estrutural da subcategoria “Encontrando-se”, apresentado no Quadro 11. Conforme expressado pelos participantes do estudo.

“A gente pega muita amizade, muita afinidade lá dentro, com os outros pacientes e também com a equipe.” (P5)

“Tu crias vínculos com pacientes com profissionais da área da saúde, não tem como não criar. A gente pega confiança e acaba criando vínculo muito grande, porque a gente acaba desabafando sobre a nossa vida, contando nossos problemas.” (P7)

“Claro, forma um vínculo, tu tem contato com mais gente dia sim, dia não, troca telefone, mensagem, é diferente. [...] porque eu baixei tantas vezes que eles sabem até quem eu sou já.” (P9)

“Isso tem muito dessa presença do enfermeiro. O enfermeiro estando presente, se mostrando interessado, [...] eles vão, aos poucos, tendo confiança na equipe e falam de tudo. Então esse vínculo é de muita confiança.” (ENF5)

“A partir da confiança que tu consegues as coisas [...]. Porque eu acho que é bem uma relação de troca, conforme tu vai criando esse vínculo, eu acho que isso aí vai gerando uma relação de confiança.” (ENF7)

“Ele precisa se sentir seguro quanto àquele procedimento que a gente está fazendo junto com ele. A gente procura sempre tratá-los bem, então eu acho que eles se sentem confortáveis e seguros. Isso cria um certo vínculo, as pessoas acreditarem no nosso trabalho.” (TENF2)

“A gente tem um cuidado maior no sentido de tentar deixar ele o mais seguro e tranquilo possível. [...] Tem aqueles que a gente sabe que a família não é tão presente e tem isso, eu acho que é próprio do tratamento, da confiança que eles pegam na gente [...]” (TENF3)

6.2.1.3.2 Elemento estruturante “Tornando-se uma família”

A formação do vínculo pode ser, muitas vezes, crucial para que haja a continuidade no tratamento. Uma relação “ser enfermagem”-“ser paciente” baseada na confiança é essencial em cuidados de saúde onde a vida e a morte são as principais preocupações, como no mundo da DRC (SANTOS *et al.*, 2020; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Dentro de uma unidade de hemodiálise, o “ser paciente” se sente seguro e cuidado, devido ao número de horas ali passadas. Isso faz com que alguns considerem a unidade como sua “segunda casa”, referindo-se aos profissionais de saúde como “amigos e família”, com destaque para o papel do “ser enfermagem” no estabelecimento deste vínculo e bem-estar no ambiente de hemodiálise (SALIMENA *et al.*, 2018; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020), o que também apareceu nas falas dos participantes deste estudo.

“Cria aquele vínculo de amizade, tem eles nas redes sociais, eles sempre ligam, [...]. Aí eu vou uma vez por mês lá na diálise peritoneal, aí vai criando aquela amizade, aquela afinidade, como uma família, é bem legal.” (P1)

“Ali, a equipe de enfermagem da clínica que eu fui tratado, eles, ali dentro eles são como uma família.” (P5)

“Eu me acostumei com aquelas pessoas ali, fazem parte da minha família hoje. Faz dois domingos atrás nós perdemos um paciente, [...], doeu na gente, entende. Então todo mundo ficou triste, claro, somos uma família ali dentro. Todos formam uma família...” (P6)

“Tu acaba tendo duas famílias, tu tem a tua família de casa e tem a tua família de lá da equipe da hemodiálise.” (P7)

“Ah elas são da minha família, eu falo isso pra todo mundo, eu considero elas assim um tudo pra mim,[...] eu amo elas assim de paixão, adoro o jeito que elas me tratam. Na verdade, não só elas, os médicos.” (P10)

“Sim, o vínculo tem muito, muitas vezes eles ligam, eles querem falar com a enfermeira X, principalmente os pacientes da diálise peritoneal. Então a gente cria aquele vínculo. [...] esse vínculo que eles têm na hemodiálise, entre eles, por ter a mesma doença, é tipo um grupo de apoio, se apoiam entre eles [...]” (ENF3)

“Esse vínculo, é um vínculo natural, porque a gente começa cuidando dele. Ele sempre começa pelo enfermeiro. Em turnos de pacientes que são mais independentes, [...] esse vínculo já começa ali fora, na sala de espera, eles já conversam, às vezes trazem bolo, já comemoram antes de entrar na diálise, existe uma diversão, uma amizade. [...], isso passa das 4 horas de diálise. Então existem esse vínculo e é importante.” (ENF4)

“É um vínculo bem grande. Nós tivemos uma paciente que ela teve uma filhinha lá conosco, então foi toda a gestação [...], eu percebo muito bem da equipe, então ah vamos fazer um chá de fralda para ela. Então é um vínculo muito grande não só com o paciente, mas com a família do paciente. [...]. Eles falam: vocês são como uma família para mim”. (ENF5)

“Eles ficam muito faceiros de estarem junto conosco, eles dizem para gente que nós somos a segunda família deles e isso é muito bom, isso para nós é muito bom.” (TENF1)

Percebe-se, portanto, que o “ser enfermagem” supre a falta que, muitas vezes, o “ser paciente” sente da presença do apoio familiar, pois sabe-se que ter um familiar consigo é valoroso para o enfrentamento da doença (SALIMENA *et al.*, 2018). Assim, o “ser paciente” necessita de uma rede de apoio social, familiar e multiprofissional que o auxilie nos altos e baixos que compõem as diferentes TRS, amparando-o nas muitas etapas do processo terapêutico (SANTOS *et al.*, 2020; SITJAR-SUÑER *et al.*, 2020). Além disso, sabe-se que pacientes que se sentiram mais capazes de lidar com a DRC foram os que descreveram um relacionamento próximo com uma equipe específica dentro da unidade renal e que possuíam uma forte rede de apoio de familiares e amigos (SEIN *et al.*, 2020; SHEN *et al.*, 2021). Nesse sentido, fica claro que o apoio familiar e social é fundamental para a aceitação da DRC, colaborando para o “ser paciente” desenvolver estratégias de enfrentamento e, assim, “ser sendo” neste mundo da DRC, conforme declarado por alguns participantes.

“O meu pai, apesar de não morar aqui com a gente, ele sempre ajuda financeiramente, e sempre que ele pode, vem. A minha mãe cuida de mim todos os dias. O meu irmão também apoia a gente bastante, minha irmã também [...]. Sempre estava todo mundo

comigo, tios, primos, todos sempre apoiam comigo, se eu preciso de alguma coisa, eles ajudam. E isso ajuda, te dá forças.” (P1)

“Se eu não tivesse conhecido minha esposa, com certeza não estaria vivo. Eu comecei a me cuidar, ela me mostrou coisas boas, coisas melhores. Esse meu amigo agora [...], ele me ajuda bastante e eu tô ajudando bastante ele agora.” (P2)

“Para mim foi bem tranquilo, porque eu tive bastante apoio da família, da esposa, dos filhos, todo mundo entrou junto, então foi bem tranquilo. Digamos que é aquilo que me dá suporte, sem apoio eu teria caído.” (P3)

“Eu acho assim, não sei, no meu caso vem muito da ajuda da minha mãe, que é uma pessoa pra cima, não deixa a gente ficar desanimada, sempre lutando muito, e eu passei a minha vida inteira assim, criada assim. Tenho o meu marido, que era dialítico, fez 1 ano ontem que ele transplantou.” (P4)

“Na verdade, eu tive o apoio da minha mãe e do meu namorado. Eles ficaram do meu lado o tempo inteiro [...], minhas válvulas de escape são os meus cachorros.” (P7)

“Sim, só mesmo apoio de familiar. Esse apoio dos familiares é importante pra nós, [...], não tenho força pra encarar tudo sozinha.” (P8)

“Pra ser sincera o apoio moral eu tenho da minha mãe, o apoio braçal e moral do meu marido [...], ele é tudo se não fosse ele eu não sei se teria conseguido superar algumas coisas.” (P9)

A importância do apoio também é uma realidade para o “ser enfermagem”, que refere ser fundamental poder contar com a ajuda dos seus pares e outros profissionais da equipe multidisciplinar para desempenhar um cuidado integral ao “ser paciente”. Além disso, ter uma rede de apoio ajuda a enfrentar os desafios que o mundo da DRC impõe a estes seres, conforme relato dos participantes.

“Com certeza, o apoio é sempre, eu trabalho com a minha colega, e a gente conversa muito sobre isso, a gente fala desses sentimentos, porque daí a gente redobra a atenção. Então ela traz aquilo que ela percebe, eu trago o que eu percebo e a gente faz uma conclusão.” (ENF1)

“Primeiro assim pra gente poder discutir, eu tenho uma colega que é minha parceira no transplante, e tem a assistente social que trabalha muito comigo, [...]. Por isso que eu acho importante trabalhar com os pares, discutir com os colegas, pra se apoiar, [...]. Eu acho que o mais importante pra atender o paciente renal crônico, [...] na modalidade que ele estiver é tu ter uma equipe multiprofissional.” (ENF2)

“A gente é uma dupla, e a gente está sempre trocando, [...] Então a gente tem esse vínculo entre eu e ela bem forte, tem essa relação. E na hemodiálise também, eu sou da diálise peritoneal, mas na hemodiálise, quando os pacientes entram, eu ajudo a ligar todo mundo. [...] e a mesma coisa no final do turno, [...] eu me sinto bem acolhida e bem apoiada.” (ENF3)

“Hoje a gente tem uma assistência muito compartilhada. Não tem mais como prestar um cuidado a esse paciente, sem a gente ter uma equipe multidisciplinar. Então a gente conseguiu ter esse trabalho do educador físico, o hospital nos dá muito suporte. [...] tudo isso facilita a nossa vida para cuidar desse paciente. A gente se apoia muito, a gente discute muitas condutas [...].” (ENF5)

“Sim, ali no hospital a gente tem muito apoio. Tu precisas de uma resposta de um médico, eles orientam direitinho o paciente. A enfermeira chefe dá o maior apoio para tudo. Às vezes eu acho que falta psicologia para ir lá conversar com eles. [...]. A gente tem esse entremeio e essa liberdade de conversar.” (TENF1)

“O nosso grupo ali, [...] a gente tem um grupo bem unido, a gente procura manter sempre uma harmonia. Claro, tem as vezes que dá os atritos de pensamento [...] mas eu acho que todo mundo se dá bem, como família.” (TENF2)

No entanto, mesmo um bom relacionamento entre os seres no mundo da DRC pode se tornar tenso ou confuso, devido à complexidade das diferentes TRS e os desafios que elas apresentam, associados às restrições impostas ao “ser paciente”, que devido as dificuldades de adaptação ao tratamento, se revolta e tende a transferir sua insatisfação para o “ser enfermagem” (SALIMENA *et al.*, 2018; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Percebe-se, então, que no estabelecimento de vínculos é necessário, também, determinar os limites até onde cada ser no mundo da DRC pode ir em direção ao outro, considerando o propósito maior dessa relação EU-TU existente entre “ser enfermagem” e “ser paciente”, que é seguir em direção ao seu “ser-mais”, e considerando o que foi apontado pelos participantes do estudo.

“Tem gente ali, eu sou um que as vezes aperto o botão da máquina pra verificar a pressão da hemodiálise, daí um técnico vem e fala ‘não aperta’, ‘não mexe’, a pessoa diz isso, sabe.” (P2)

“Cada um cuida do seu umbigo, cada um deve saber até onde pode ir.” (P3)

“Então a gente acaba contando experiências de vida e isso faz nos fortalecer e algumas vezes nos aborrecer em certos momentos também, porque a gente vê tudo e mais um pouco em uma clínica de hemodiálise. Tem paciente passando mal, era bem complicado, as vezes a gente se revoltava com a equipe.” (P7)

“Todo esse vínculo, essa aproximação com os pacientes, isso faz com que a gente também tenha um relacionamento fino e estreito com eles, porque as vezes, eles extrapolam os limites, isso é bem complicado.” (ENF1)

“E hoje em dia, eles nos procuram nas redes sociais, [...], é complicado, porque para o paciente, eles são pessoas muito sozinhas, aí a rede social, assim como é para idoso, é uma coisa muito importante. Então, quando ele te convida ali, ele tem uma expectativa de ter um amigo, então é complicado tu não aceitar [...] Mas o limite da nossa relação é um papel mais nosso de profissional, porque os pacientes não tem essa noção do limite.” (ENF4)

“Às vezes os pacientes acham que nós somos empregados dele, [...]. Justamente por esse motivo, as vezes acabam ultrapassando aquele limite de que eu sou um prestador de serviço, que eu estou cuidando dele para que ele tenha um bom tratamento” (TENF2)

6.2.1.4 Subcategoria “Preocupando-se”

Entende-se que encontrar-se no mundo da DRC é um movimento que exige presença e abertura para o desvelar dos seres, e nele existe o desafio de conciliar a formação de vínculos e o determinar de limites, estabelecer uma relação transacional por meio do diálogo vivido que é a enfermagem. Neste sentido, este encontro está relacionado a uma chamada e a uma resposta, e nele sempre está presente a preocupação, compreendida existencialmente como um modo essencial do “estar com”, pois a relação do “ser” para o mundo é essencialmente preocupação. O existente não é um objeto de um mundo teórico, mas essencialmente daquela cuja preocupação lhe impõe a presença (PATERSON; ZDERAD, 1979; HEIDEGGER, 2008; SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ- FERNÁNDEZ, 2021). Assim, conforme o Quadro 11, “Preocupando-se” emerge como um pressuposto da TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, estruturada pelo elemento “Sendo empático”.

6.2.1.4.1 Elemento estruturante “Sendo empático”

A empatia, no caso dos profissionais de saúde, foi descrita como um atributo essencial do cuidado mais humano e um dos elementos centrais do profissionalismo no contexto da assistência ao paciente. Esta habilidade, como competência profissional, foi definida como um atributo predominantemente cognitivo (mais que afetivo ou emocional) que implica na capacidade de compreender (e não apenas sentir) as experiências, preocupações e perspectivas do paciente (CARO *et al.*, 2017).

A empatia é similar a identificação, projeção, compaixão, simpatia, amor e encontro, porém, também é diferente deles. Assim, na enfermagem humanística, a empatia é uma resposta humana, um movimento de união, uma forma de relacionar-se. Empatia e compreensão são duas das essências (valores e crenças) presentes no processo clínico da enfermagem humanística, sendo que a empatia pode ser definida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, compartilhando seu modo de estar numa situação, resultando em um conhecimento profundo da sua perspectiva (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018).

Neste sentido, entende-se que, por meio da preocupação, o “ser enfermagem” vai em direção ao “ser paciente” e, em atenção a um chamado e por meio da empatia, penetra em seu mundo, permitindo também que o “ser enfermagem” se mova na companhia dele, buscando a compreensão da sua experiência vivida (PATERSON; ZDERAD, 1979; SILVA *et al.*, 2018) conforme a fala de alguns participantes.

“É por isso que faz eu entender e ter empatia, que as vezes não é fácil. As vezes isso acontece com a gente também e isso faz com que a gente entenda. É a tal da empatia, sei lá, [...]. Então a gente também entende que o tratamento exige bastante fôlego.” (ENF1)

“Então a gente não consegue entender exatamente o que o paciente passa, e com o passar dos anos, tu vais vendo os diferentes pacientes, tu aprendes junto com eles. Então é um aprendizado e, principalmente assim, a DRC podia ser comigo.” (ENF2)

“O que a gente passa para eles e tem que ter aquela empatia, [...], eu tento ter empatia no sentido de me colocar no lugar deles, para poder tratar deles direito, tratar eles bem e tentar adaptar à realidade, tentar saber o máximo que tu conseguir da realidade daquele paciente [...].” (ENF3)

“A gente tem que tentar se colocar muito no lugar deles pra amenizar um pouco disso. Eu penso sempre e se fosse eu daqui “X” tempo, como eu me sentiria [...]. Então eu sempre carrego isso pra mim, de como eu gostaria de ser tratada. Se tu não te colocas no lugar do paciente, daí é muito fácil né, é só fazer diálise e deu.” (ENF7)

“Porque eu me coloco no lugar do paciente, eu tento passar pro paciente, para a família, o que eu gostaria que fizessem comigo. Então eu sempre procuro fazer as coisas como se fosse para mim, para um familiar meu, desde um cuidado, da máquina, até o cuidado de falar, [...], qualquer coisa.” (TENF3)

Percebe-se, nos participantes, a empatia atuando como um instrumento para criar vínculo por meio da compreensão das vivências experimentadas pelo “ser paciente”, e assim estabelecer uma relação de “ser com”, ou seja, intersubjetiva, no mundo da DRC. Esta habilidade de compreender as peculiaridades do outro e estar próximo dele constantemente, é considerada como o “estar presente” no seu viver, compreendendo a empatia como uma estratégia de cuidado do “ser enfermagem” (ZUCHETTO *et al.*, 2019). Logo, nos diferentes encontros de cuidado, o “ser enfermagem” consegue perceber, no mundo vivido do “ser paciente”, alguns aspectos que ele mesmo não tinha conseguido ver ainda, estando atentos e desvelando pequenos sinais, conforme referido nas falas dos participantes.

“A gente tem que estar sempre aprendendo e atentos, [...], quando a gente vai atender eles, durante a conversa, a gente percebe, em pequenos sinais, a motivação e a desmotivação. Então, para nós que estamos a bastante tempo, os sinais são bem claros.” (ENF1)

“Tu trabalhas muito com a família junto, então tu acabas pegando, com os treinamentos e conhecendo a família, vendo o tipo de relacionamento, de relações que tem entre eles. A gente vai investigando, vai descobrindo nas entrelinhas [...], aí tu tentas trazer o paciente para a gente.” (ENF3)

“Os pacientes dizem que estão se cuidando, só que a gente começa a perceber sinais. Hipervolemia é um sinal bem claro, o paciente não consegue, ganha muito peso, tem que fazer diálise extra, quando vêm os exames do mês e o paciente está com o potássio alto, ou quando o paciente está sintomático para hipercalemia [...], coleta exames e confirma.” (ENF4)

“Então eu percebo que esse outro lado emocional, que ele está diretamente ligado à recuperação do paciente e a como ele se sente e como ele vai estar interagindo até mesmo com a família em casa. Então esse cuidado humanizado e multidisciplinar é fundamental para esse paciente, completa, inclusive, essa outra questão de terapia dia para perceber que eles têm vergonha da doença que eles têm, porque daí eles não podem participar de uma festa, eles não podem participar de nada em família [...]. Tu já vê que ele não quer ir adiante com as coisas, tu percebe.” (TENF1)

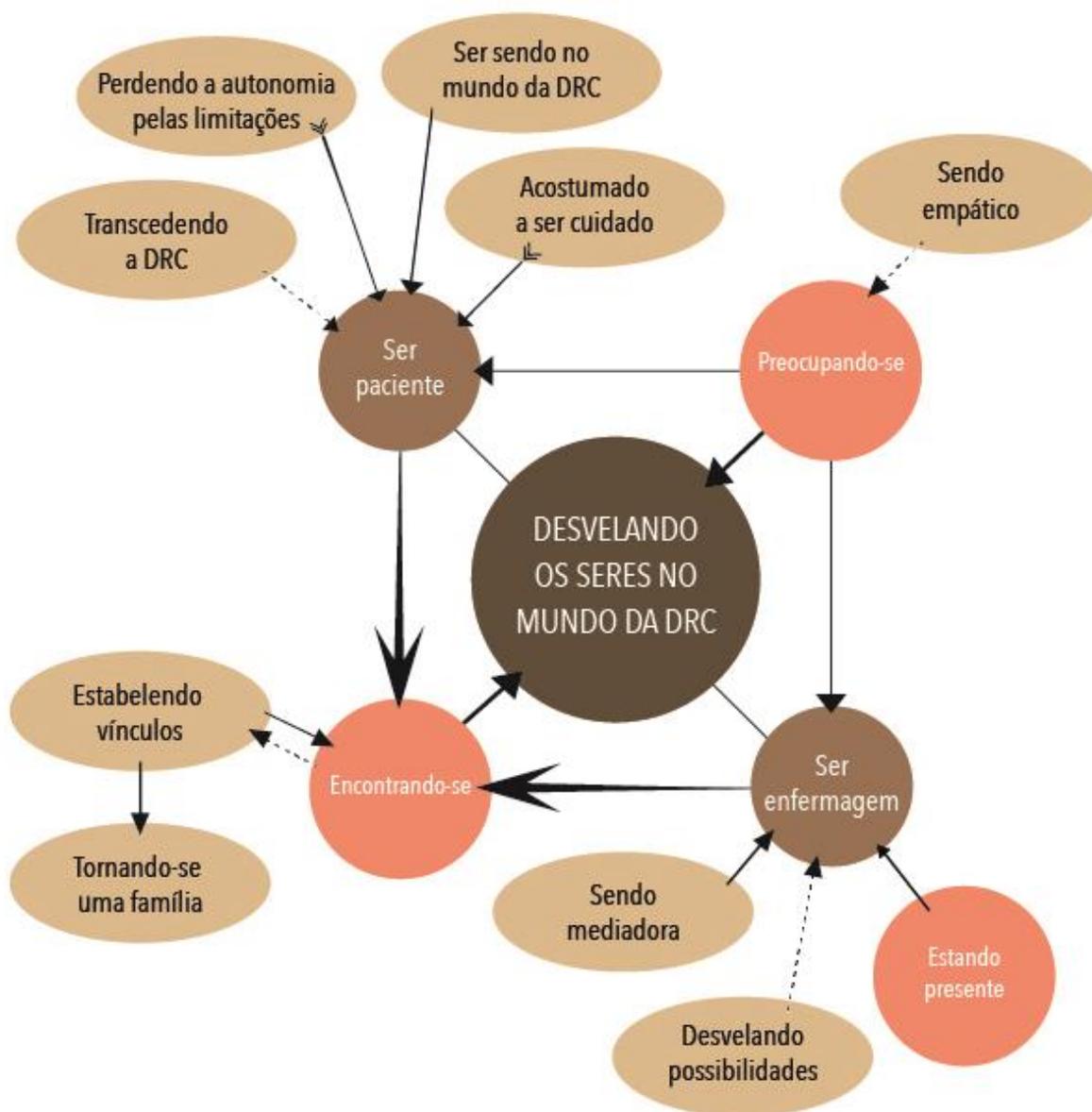
“Tu tem essa percepção, na diálise, até dos sinais da máquina, tu podes estar longe, mas tu ouviu um sinal sonoro da máquina, tu já sabes o que é, ou essa percepção também dos pacientes. A gente percebe que quando eles não estão bem, eles clinicamente não chegam bem. [...] veio muito cheio é que a coisa não estava legal, acaba descontando no líquido, na comida.” (TENF3)

Neste contexto, a categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC” demonstra as complexidades deste mundo, permeado de incertezas e sentimentos adversos, mas também de possibilidades para superar os desafios, quando se tem apoio.

Neste sentido, conclui-se que desvelar os seres no mundo da DRC pressupõe um encontro em que a presença do “ser enfermagem” permite que este vá ao “ser paciente” com uma postura empática, em resposta a um chamado que está implicado em preocupação. Nestes encontros, os seres no mundo da DRC, no diálogo vivido, vão estabelecendo vínculos que propiciam o conhecimento de si e do outro, experienciando uma relação EU-TU, em que o “ser paciente”, apesar de todas as limitações impostas pela DRC, por meio da mediação do “ser enfermagem” que desvela novas possibilidades para cuidá-lo, acha forças para “ser sendo” neste mundo e, assim, transcender a DRC. Nesta trajetória, ao desvelarem-se, os seres-no-mundo da DRC compartilham experiências que os aproximam e estes passam coexistirem, tornando-se uma família, e seguem juntos, projetando-se em direção a seu “ser-mais”.

A Figura 6 é uma representação do que foi apresentado na categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”, mostrando as relações existentes entre os diferentes conceitos que a estruturaram.

FIGURA 6 – Representação das relações existentes na categoria “Desvelando os seres no mundo da DRC”.



Legenda:



6.2.2 Categoria Contexto de cuidado

No quadro 12, apresenta-se a categoria “Contexto de cuidado”, com suas subcategorias e os elementos que a estruturam.

QUADRO 12 – Categoria “Contexto de cuidado”.

Categoria	Subcategoria	Elementos Estruturantes	Componente da Teoria
Contexto de cuidado	Ambiente	Adaptando a Realidade	Estratégia
		Estabelecendo um espaço de convivência	Resultante
	Temporalidade	Tornando-se uma rotina	Resultante
		Passando o tempo	Pressuposto

Fonte: autora, 2021.

A categoria “Contexto de cuidado”, na dimensão existencial no mundo da DRC, é constituída pelas subcategorias: ambiente, a qual tem como elementos estruturantes “adaptando a realidade” e “estabelecendo um espaço de convivência” e temporalidade, que tem como elementos estruturantes “tornando-se uma rotina” e “passando o tempo”, evidenciando a existência de relações e interações entre os seres no mundo da DRC e o contexto em que estas ocorrem.

Neste sentido, é importante compreender que o contexto de cuidado diz respeito não somente ao espaço físico em que o mesmo ocorre, mas, sobretudo, refere-se às inter-relações que nele são construídas com o passar do tempo e que refletem na maneira em que os seres seguem existindo neste mundo da DRC.

6.2.2.1 Subcategoria Ambiente

6.2.2.1.1 Elemento estruturante “Adaptando a realidade”

Conforme apresentado no Quadro 12, adaptando a realidade é um elemento estruturante da categoria contexto de cuidado, compreendido como uma estratégia dos seres no mundo da

DRC para seguirem existindo, inerente à condição em que o “ser paciente” e o “ser enfermagem” passam a se relacionar num ambiente que é dinâmico. Adaptar a realidade passa a ser uma atitude constante a ser descoberta em meio às limitações que a DRC impõe e que são influenciadas pela modalidade de TRS escolhida pelo “ser paciente”, pelo tempo e pelo mundo externo em que estes se encontram. Esta escolha da TRS permite diferentes possibilidades de vivências, entretanto, também exige renúncias, condição que é sustentada nas falas dos participantes.

“Se eu for fazer diálise peritoneal em casa, além de eu ter que ter um lugar específico para fazer, além de estar armazenando, tem todo aquele cuidado de, será que vai infeccionar, aí eu não estou assistido durante a diálise, então eu acho pior.” (P3)

“Eu tive que me readaptar a essa nova vida [...] a parte ruim da diálise peritoneal é essa, tu ficas só, na outra tu tinhas amizade, conversava, mas eu não tinha acompanhamento médico. Nessa eu tenho, então tudo tem prós e contras.” (P9)

“Eu trabalhei 10 anos em outro hospital, então lá o cuidado, o ensinamento era diferente, o tipo de paciente era diferente. Então era uma outra realidade dos pacientes que a gente tem aqui. Aqui temos que adaptar à realidade deles.” (ENF3)

“Eu já peguei casos de paciente que faziam DP, tiveram uma peritonite grave, foram para hemodiálise e gostaram, que no início é chato, ter que ir pro hospital, mas depois se acostumam com aquele ambiente e acham um ambiente legal e gostam e comunicam isso, bah, legal, aqui eu me divirto mais.” (ENF4)

“Agora, com a COVID-19 até vai facilitar bastante essa questão online, vai ser um aprendizado bem grande para todos, enfermagem e pacientes. Esses dias eu estava pensando nisso, em alternativas de cuidado [...] tem muita orientação para passar, então eu pensei, vamos fazer vídeo e colocar nas TVs. [...] nós vamos ter que usar esse recurso. Então a gente está empenhada nessa outra mudança aí.” (ENF5)

“[...] a gente vai ter que adequar o trabalho do fisioterapeuta, o trabalho do educador físico, o trabalho da recreação junto no mesmo momento que o paciente estiver aqui, isso não tem volta.” (ENF5)

“Aí um diz, a minha perna não está legal, aí a gente vai e coloca um cobertor embaixo, um coxim, a gente tem que estar adaptando, tenta adaptar. Então a gente tenta adaptar o que dá;” (TENF3)

6.2.2.1.2 Elemento estruturante “Estabelecendo um espaço de convivência”

“Estabelecendo um espaço de convivência” também é um elemento estruturante, compreendido como resultante da ação de adaptar a realidade, de acordo com o Quadro 12. Entende-se, na dimensão existencial, que o Eu é, pois, propriamente um “estar com ou ser com” e este “estar com” está em relação com outros “Eus” que formam “meu” mundo circundante. Neste contexto, os seres do meu mundo se distinguem dos objetos em aqueles “são aí também comigo”, em que este “com” e este “também” são existenciais. Eu reparto o mundo “com os

outros”, no sentido de que um não se distingue dos demais, entre os quais é também (HEIDEGGER, 2008; BUBER; 2001). Assim, o “ser no mundo” é um mundo em comum, e, portanto, ser é existir em comum com os outros, perfazendo um espaço de convivência.

Destarte, o ambiente das TRS é o local que possibilita que o “ser paciente” e o ser enfermagem” se encontrem com presença em sua totalidade, compartilhando experiências num espaço personalizado, que tem vida, e, portanto, é dinâmico. Os seres no mundo da DRC desenvolvem um sentimento de pertencimento a este lugar, ressignificando este ambiente, com o tempo, como um espaço de evento social, entre familiares, onde é possível coexistir e se relacionar com outros seres, o que é evidenciado nas falas dos participantes.

“Eu acho assim, eles procuram nos fazer sentir à vontade, e não aquela coisa, tu estás dentro do hospital e tem que ser aquele ambiente todo mundo sério, todo mundo cabisbaixo porque tu está cercado de doente, está cercado pela morte.” (P2)

“O ambiente é agradável porque não é um ambiente assim com um silêncio absoluto. Os técnicos, as pessoas brincam entre si, tudo dentro de um volume. Existe vida dentro da sala, não é uma coisa morta. Caiu uma coisa no chão, tu escutas o barulho, funciona uma vida normal ali dentro. [...] no salão [...] eu vejo vida, vejo movimento.” (P6)

“Eu dizia que eu saía de casa, eu não dizia que ia pra diálise, eu dizia que ia pra um spa, porque era uma válvula de escape também. Muito tranquilo, muito aconchegante, pra mim essa fase eu tirei de letra.” (P7)

“Eu vejo assim que para alguns é como uma atividade social, ter que ir na hemodiálise é uma atividade social, eles têm mais integração conosco, mais convivência conosco do que com a própria família.” (ENF2)

“Eu já tive paciente que transplantou, ficou feliz por ter transplantado, mas quando ele se deu conta de que ele não ia vir para diálise, não ia ver os amigos 3x por semana, relatou: fiquei muito triste quando eu me dei conta que eu não ia vê-los mais toda semana [...]. Porque as vezes eles são muito sozinhos [...].” (ENF4)

“Antes da pandemia, eles costumavam trazer e trocar os lanches, fazer um café da manhã na sala de espera, eu participava dessa atividade, para mim era um momento de fazer alguma educação para eles. Então eu acho que é bem importante isso para eles [...]. Eles não só têm espaço agora na diálise, mas eles têm uma convivência online, [...], tem grupo de Facebook.” (ENF5)

“Acho que para alguns pacientes é um evento social. Eu tenho pacientes que transplantam e dizem que sentem falta é da convivência.” (ENF6)

“Têm uns que eu acho que o social deles é a diálise. Tem pacientes que vão para diálise e acaba sendo aquela coisa de sair da rotina, conversar com os colegas, ter a nossa atenção. [...], tem um casal que acabaram se conhecendo na diálise, são antigos nosso lá, e se conheceram e estão noivos agora.” (TENF3)

Evidencia-se que o ambiente de cuidado caracteriza-se como local aglutinador de aspectos físicos, biológicos, científicos, culturais, sociais, econômicos, mas sobretudo, de uma teia de relações da qual se torna difícil excluir ou isolar partes, levando ao estabelecimento de

relações de cuidado em situações vitais que envolvem o processo saúde-doença (LANZONI *et al.*, 2011; PIEXAK *et al.*, 2014), que, sob um olhar existencialista, é compreendido como um diálogo vivo, resultante da presença do “ser paciente” e do “ser enfermagem”, no encontro entre ambos (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Segundo Paterson e Zderad (1979), ao explorar o diálogo da enfermagem tal como ele é vivido no mundo real, o fator ambiente torna-se evidente. Quando pensamos nas comodidades do cuidado de saúde, o “ambiente” pode ser sinônimo de coisas tais como cama, salas de espera, área de visita, um lugar solitário, entre outros. Naturalmente, o ambiente físico, seja em um hospital, clínica ou em qualquer lugar da comunidade, pode servir para facilitar ou impedir este diálogo. Entretanto, a experiência pessoal do ambiente pode ser ainda mais importante.

O ambiente é um tipo de espaço vazio, um espaço personalizado, ou ainda mais pessoalmente, se refere ao lugar onde se sente que pertence ou do qual faz parte. O “ser paciente” pode sentir-se fora de lugar, num primeiro momento no ambiente da TRS, enquanto este pode ser um lugar familiar para o “ser enfermagem”. Logo, o “ser enfermagem” e o “ser paciente” podem estar juntos em um lugar e, ainda assim, um se sente pertencendo, enquanto o outro não, e, portanto, não ocorre o encontro. Este exige que o “ser enfermagem” compreenda o “ser paciente” em seu espaço vivo, vinculado com o tempo vivo, em seu aqui e agora, remetendo à interrelação existente entre ambiente e temporalidade no contexto de cuidado (PATERSON; ZDERAD, 1979; FRANÇA *et al.*, 2014).

6.2.2.2 Subcategoria “Temporalidade”

A temporalidade surge como uma subcategoria do contexto de cuidado inerente à experiência da temporalidade e da existência resolvida, relativa ao tempo e espaço em que se radica o cuidado. O “ser” é cuidado, e este, como antecipação de si, não é, pois, uma conduta particular e contingente do “ser” em relação a si mesmo, mas define adequadamente, em sua unidade profunda, todas as determinações do “ser”. Assim, o “ser” é cuidado enquanto existe e, no seu modo de “ser-no-mundo”, precisa ser desvelado (BUBER 2001; HEIDEGGER, 2008).

6.2.2.2.1 Elemento estruturante “Passando o tempo”

Neste sentido, “Passando o tempo”, na dimensão existencial, é um pressuposto da condição de ser e estar no mundo da DRC, necessário para que o “ser paciente” e o “ser enfermagem” possam desvelar novas possibilidades para transcender e seguir coexistindo em

direção ao futuro, conforme Quadro 12. Existencialmente, o homem é compreendido como um ser individual, relacionado, necessariamente, com outros homens no tempo e no espaço. Ressalta-se, entretanto que este tempo, nem sempre está relacionado e sincronizado ao tempo cronológico, mas sim, é inerente ao tempo interno, único, vivido pelos seres no mundo da DRC, configurando a singularidade de cada ser, que tem seu ritmo para se adaptar a esta nova realidade, retratado nas falas dos participantes.

“Nossa, parece que está passando muito rápido, porque nem parece que já tem isso tudo que eu estou em tratamento”. (P1)

“Essas horas são intermináveis. Eu levo rádio, levo celular, eu escuto um pouco de notícia. Às vezes acompanho um pouco a televisão. Eu fico tentando me distrair, até pelos horários das coisas eu sei que está se aproximando o fim, porque eu escuto muito”. (P6)

“O tempo às vezes ele era cruel, às vezes ele era legal, porque às vezes o tempo não passava, tinha dias que não passava. Tu olhava pro relógio, passava 10 minutos, passava cinco minutos, e tinha dias que passava naturalmente, que nem via passar. Então essa questão do tempo era bem complexa.” (P7)

“É que tem vários tempos né, porque o paciente acha muito longo ficar 4 horas numa terapia, isso para ele é um tempo, para nós o tempo passa rápido, para ele passa muito lentamente”. (ENF5)

“Acho que o tempo deles não passa não, porque tem muitos que ficam perguntando, só que são aqueles que não fazem nada pra passar o tempo. Às vezes se tu fica ali conversando com a colega do lado ou tu fica no celular vendo um vídeo, qualquer coisa, eu acho que a coisa flui mais”. (ENF7)

6.2.2.2.2 Elemento estruturante “Tornando-se uma rotina”

A passagem do tempo, permite que os seres se encontrem neste espaço, desenvolvendo recursos internos para melhor viver. Assim, “tornando-se uma rotina” surge como elemento estruturante da subcategoria temporalidade, sendo uma resultante da estratégia adaptando a realidade, conforme Quadro 12, vinculada com a temporalidade da existência do ser, inerente ao passado, presente e futuro, a qual deve ser compreendida singularmente nos seres no mundo da DRC, isto é, “ser paciente” e “ser enfermagem”.

Entende-se, assim, que ao vivenciar o contexto da DRC com suas respectivas TRS, os seres deste mundo vão criando vínculos, se familiarizando com este ambiente, e no transcorrer de seu tempo interno, vão adaptando-se a esta nova realidade, buscando estratégias em direção ao seu “ser-mais” neste ambiente, incorporando-o a sua rotina. Evidencia-se, contudo, que a rotina é experienciada de maneira distinta pelo “ser paciente” e pelo “ser enfermagem”. Se o primeiro desenvolve uma rotina para melhor conviver neste ambiente, sendo percebida, neste

sentido, como positiva, isso nem sempre ocorre com o segundo, que, eventualmente, sente-se incomodado ao repetir continuamente as mesmas atividades.

“Hoje em dia pra mim é, hoje a manhã passou rápido. Quando eu vi já tinha ido as minhas quatro horas, eu já me acostumei com essa rotina.” (P2)

“É que eu fico lendo gibi, ou leio livro, tudo no tablet, as vezes eu até vejo seriado que eu baixo, então é tranquilo. Eu achei essa forma de aproveitar o meu tempo ali” (P3)

“Eu levava livros, tablet pra ver Netflix pra distrair, as primeiras três horas eram tranquilas. Lá são quatro horas, agora são 12, triplicou, mas mesmo assim é mais tranquilo pra mim até porque eu não passo mal.” (P9)

“Se torna uma rotina. Às vezes é um saco, porque é aquela coisa cansativa, porque todos os dias é a mesma coisa. A rotina é algo que me incomoda as vezes, não é sempre, principalmente na hemodiálise.” (ENF3)

“Com o passar do tempo, eles procuram formas de enganar o tempo. Eu vejo que a grande maioria se organiza. Os mais antigos já conhecem a rotina. Eles procuram uma forma de melhorar, aproveitar melhor o tempo deles ali dentro da sala. Já nós [...] é bom, mas as vezes é meio cansativo, porque é meio que repetitivo, então é tudo sempre igual.” (ENF6)

Além disso, a temporalidade faz com que o “ser paciente”, passado um período de tempo, manifeste, com frequência, uma atitude de proprietário dos objetos que fazem parte do ambiente de cuidado, tais como a cama, a máquina de hemodiálise ou de diálise peritoneal (PATERSON; ZDERAD, 1979), com os quais o “ser paciente” estabelece uma relação de dependência, em que a máquina representa a vida para este.

O mesmo sucede na relação entre o “ser paciente” e o “ser enfermagem”, em que, com o tempo e a familiaridade, se desenvolve um sentimento de pertencimento recíproco. O ser pertence ao lugar e o lugar pertence ao ser. Neste sentido, o diálogo vivido entre os seres é estimulado pela consciência que o “ser enfermagem”, numa postura empática, tem, não só de sua própria experiência do espaço, senão também daquela do “ser paciente”. Essa percepção do ambiente como um espaço vivo, que sofre influência do tempo e das interações que nele ocorrem, bem como do pertencimento recíproco, está presente na fala de uns participantes.

“Os técnicos são muito motivados, tratam muito bem o paciente, são muito competentes, mas quando esbarra naquela coisa de atrapalhar o meu tempo [...], se eu der um espaço agora para esse profissional fazer, ou até mesmo adequar [...], então vencer estas arestas [...] muitas vezes, requer que a gente trabalhe muito com a equipe de enfermagem que “se sente dona” do paciente, naquele tempo que o paciente está ali, tipo é o meu paciente, assim como o paciente também, é o meu técnico, é a minha máquina, então a gente, às vezes, não compartilha muito bem isso não.”(ENF5)

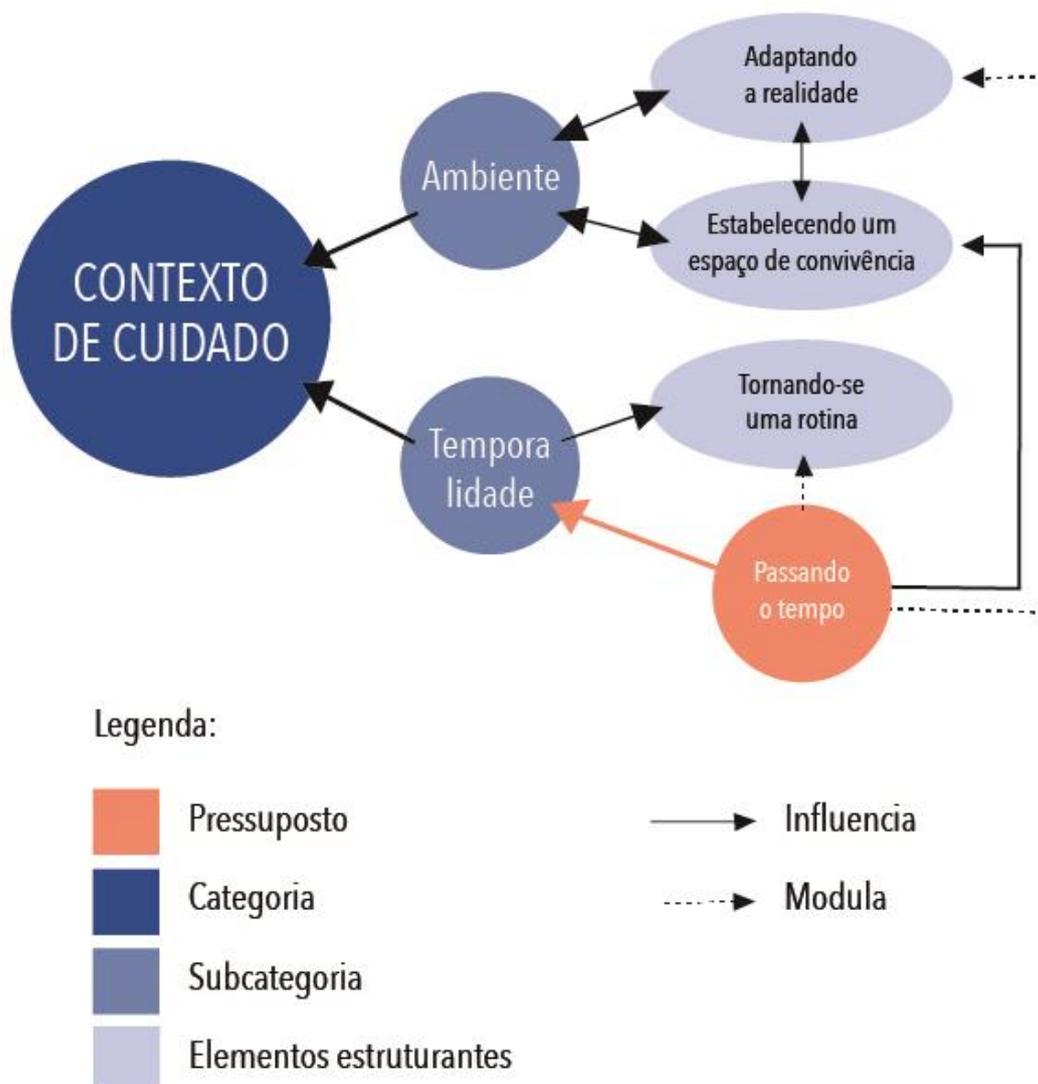
“Eu acho que um pouco também é por isso, pela convivência que nós temos durante muito tempo e várias vezes por semana, eu acho que isso cria uma falsa ilusão de

posse, mas não uma posse possessiva, de querer a pessoa para si, mas de controle.” (TENF2)

Neste sentido, a categoria “Contexto de cuidado” é compreendida como um ambiente que é um espaço vivo, dinâmico, de interações entre os seres no mundo da DRC, que, na temporalidade de cada um, compartilham experiências, em busca de adaptar a realidade para melhor estar neste mundo. Neste cenário, o cuidado acontece quando se estabelece um espaço de convívio social, que permite que os seres no mundo da DRC busquem o pertencimento a este ambiente, possibilitando confraternizações, amizades, descontração, às vezes sofrer e chorar, estudar, transcender, e assim seguir sendo neste mundo.

A Figura 7 é uma representação do que foi apresentado na Categoria “Contexto de cuidado”, mostrando as relações existentes entre os conceitos que a estruturam.

FIGURA 7 - Representação das relações existentes na categoria “Contexto de cuidado”.



6.2.3 Categoria “Transcendendo o mundo da DRC”

No Quadro 13, apresenta-se a categoria “Transcendendo o mundo da DRC”, com suas subcategorias e os elementos que a estruturam.

QUADRO 13- Categoria “Transcendendo o mundo da DRC”

Categoria	Subcategoria	Elementos estruturantes	Componente da teoria
Transcendendo o mundo da DRC	Aceitando a DRC	Renunciando suas possibilidades	Estratégia
		Projetando-se no mundo da DRC	Estratégia
	Angústias dos seres no mundo da DRC	Reconhecendo as incertezas	Pressuposto
	Motivando para transcender		Pressuposto
	Projetando possibilidades para transcender	Estabelecendo estratégias de enfrentamento	Resultante

Fonte: autora, 2021

Conforme Quadro 13, a categoria “Transcendendo o mundo da DRC” é composta por quatro subcategorias, as quais possuem cinco elementos estruturantes, os quais correspondem a dois pressupostos, duas estratégias e uma resultante da TMA da Dimensão Existencial do Ser no mundo da DRC. A seguir, apresenta-se cada subcategoria, para melhor compreensão da dimensão existencial presente neste contexto de cuidado – o mundo da DRC.

O mundo da DRC é repleto de desafios, os quais exigem dos seres, neste mundo, buscar estratégias para “seguir sendo” e, assim, projetarem-se em direção ao seu “Ser Mais”. Nesta busca, “ser paciente” e “ser enfermagem” possuem desafios distintos, certamente, para o primeiro, desvelar este mundo é mais difícil, exige maior entrega de si. Assim, percebe-se, nas experiências vividas do “ser paciente”, que transcender a DRC, passa por aceitá-la, com toda sua complexidade, e encontrar possibilidades de viver melhor com ela.

6.2.3.1 Subcategoria “Aceitando a DRC”

A aceitação da DRC nem sempre ocorre de forma tranquila, é comum o “ser paciente” negá-la num primeiro momento, experienciar fases, ter que “engolir” o tratamento proposto, e, por vezes, até se sabotar, de modo que a renúncia de suas possibilidades se caracteriza como uma estratégia deste “ser” ao se achar no mundo da DRC.

6.2.3.1.1 Elemento estruturante “Renunciando suas possibilidades”

Existem diferentes estágios pelos quais passam as reações e sentimentos do “ser paciente” no momento do diagnóstico da DRC. Em geral, este momento carrega um teor de ruptura, sofrimento e perda. Nos estágios iniciais, pode-se observar reações de susto, medo e ansiedade, uma vez que vislumbra como será o desfecho da sua doença; já nos estágios finais, quando a TRS passa a ser imprescindível, não saber quais serão suas dificuldades diante da terapia pode gerar um misto de sofrimento e tristeza.

Mesmo cientes da necessidade de realizar hemodiálise, o “ser paciente” frequentemente procura se apegar a uma realidade em que a DRC não está presente, buscando ver o tratamento como algo temporário. Por vezes, ainda, procura voltar os seus pensamentos a outras ocupações, com a intenção de amenizar, ou até esquecer a necessidade de um tratamento complexo que substitua as funções renais (SANTOS *et al.*, 2020). Isso vem ao encontro das falas de alguns participantes do estudo.

“Eu comecei a criar pânico da máquina, eu tinha que fazer 4 horas, depois eu tive que fazer 3h 30, depois 3 h, porque eu começava a sentir uma dor muito forte, insuportável. [...]. Fui criando uma fobia.” (P1)

“Eu chegava no hospital às vezes e voltava pra casa, me dava uma ansiedade, uma coisa terrível e eu voltava pra casa. Não conseguia entrar no hospital. O meu problema que eu entrei em diálise e eu já tinha sido mais ou menos avisado, e não levava muito a sério o meu tratamento da DM.” (P2)

“Muito mal, até hoje eu lutei contra isso, mas chegou a hora. Até hoje eu me emociono com isso. Eu não queria isso pra mim. Eu tava começando a me preparar pra isso, [...] fui procurar o médico pra fazer a fístula, me prevenindo para futuramente fazer hemodiálise. [...] Não é que eu lute contra, eu aceito, eu sabia que iria acontecer. Mas eu não aceito, entendesse?” (P6)

“Sim, fiquei revoltada, não querendo aceitar essa situação ou me perguntando por que aconteceu isso comigo. Vários momentos acontecem isso e hoje eu faço tratamento com psicólogo, desde antes já da diabetes. É bem complicado.” (P7)

“Na verdade, é uma doença bem difícil, e a ideia que eu tenho é que muitos não têm noção do que está começando a acontecer com eles. Existe até um pouco de negação

no início, de achar que aquilo vai melhorar. Eles perguntam se o exame está melhor, dizem que estão urinando, para tentar rever se precisam continuar [...], na cabeça dele, aquilo ali é uma situação temporária”. (ENF4)

“Ele tem aquele processo de negação, depois de achar que vão melhorar e que não vão precisar mais da máquina. Conforme esse processo, num período que eles estão meio que negando, não aceitando, eles parecem que tentam seguir uma vida normal: eles tomam muita água, comem bastante, ganham bastante peso.” (ENF6)

Existencialmente, o “estar doente” traz consigo uma aproximação com a finitude do “ser”, o que vem acompanhado de muita angústia. Em casos de doenças graves e terminais, como é a DRC, por exemplo, essa premissa se torna mais verdadeira. Neste sentido, se faz importante o “ser paciente” compreender que, apesar de sua doença, ele possui potencial para a estabilidade, para um estar melhor, e para, assim, tornar-se tudo que é humanamente possível (SILVA *et al.*, 2018), independente de sua doença, o “ser paciente” pode estar saudável, se estiver aberto às experiências da vida (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Sabe-se, contudo, que o “ser paciente”, ao longo do seu tratamento, vivencia fases entre negar e estar mais aderente ao tratamento, o que está muito relacionado ao fato de a TRS ser permanente. Entende-se que essa resistência ou teste aos limites colocados pelo “ser enfermagem” ou a equipe médica, pode ser uma forma de o “ser paciente” restaurar sua autonomia perdida, e assim, sentir-se mais livre (ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020). Entretanto, ela faz com que este se exponha a riscos, compreendidos pelo “ser enfermagem” como uma forma de se sabotar, conforme as falas:

“Aí eu faltei algumas vezes. Quando comecei a dialisar e tudo, vivi essa questão de hemodiálise por ser alguma coisa assim que deu né, não gosto de falar isso até, que foi uma negligência que eu tive.” (P2)

“Claro, tem altos e baixos, sempre, isso acontecia constantemente, eu até dizia para a enfermeira, [...]. Teve muitas noites de dormir chorando, pensando em tudo sim, e no outro dia, acordar com um sorriso no rosto para não levar nada para ninguém.” (P5)

“É a gente fica mais revoltada, às vezes eu me sinto um pouco revoltada com isso, porque eu peguei e porque estou passando por isso. E isso é algo que vem e vai, porque às vezes cansa tudo isso, aí vem a revolta, mas frequentemente às vezes, está tudo bem, porque melhorei com a diálise peritoneal, enfim.” (P9)

“Eles mesmo se sabotam, eles tentam se enganar de que aquilo ali vai melhorar, de que eles podem. E parece que quando a gente fala [...], eles parecem que não dão muita importância, se testam, até um limite que vem em edema agudo de pulmão ou com hipercalemia.” (ENF3)

“Ele tem muitas fases, tem uma fase que ele cansa um pouco e ele se desgasta, e acaba voltando a ter problemas de adesão e a gente percebe através desses mesmos dados clínicos, peso, exames, e desesperança, e a gente precisa retomar com eles.” (ENF5)

“Tem várias fases, têm uns que de início dão o maior apoio, vêm com pouco líquido, se ajudam na alimentação. Depois eles têm aquela outra fase que é depressão, porque

eles sabem que não vão sair da diálise, aí eles não querem se ajudar. Então tem uma fase que eles negam a doença até passar mal. Quando eles começam a passar mal, eles começam a se ligar.” (TENF1)

6.2.3.1.2 Elemento estruturante “Projetando-se no mundo da DRC”

Existencialmente, sabe-se que cada “ser-no-mundo” vive sua temporalidade, e por meio das relações que estabelece em seu mundo, desenvolve possibilidades para transcender e, assim, conseguir se adaptar a este mundo da DRC. Destarte, é importante que haja comunicação clara do diagnóstico da DRC ao “ser paciente”, em que o “ser enfermagem”, por meio da sua presença e exercendo seu papel de mediador nos encontros de cuidado, consegue fornecer informações consistentes, embasadas no conhecimento, que contribuem para melhor aceitação da doença, reverberando numa melhor adaptação à TRS. Portanto, conforme Quadro 13, “Projetando-se no mundo da DRC” é uma estratégia na TMA da dimensão existencial dos “seres no mundo da DRC”.

Sabe-se que o conhecimento suficiente relacionado à doença pode apoiar a adesão do “ser paciente” ao tratamento e melhorar as habilidades de autogerenciamento, contribuindo para uma melhor adaptação à TRS, já que o mesmo se sente com um pouco mais de autonomia, reforçando a importância da prática de educação em saúde pelo “ser enfermagem” (SHEN *et al.*, 2021), conforme apontado nas falas dos participantes do estudo.

“Não, na real é que foi bem explicado quando eu comecei a dialisar, tudo que eu ia ter que mudar na vida. A enfermeira explicou direitinho quais são os passos, as restrições, como é que nós íamos viver, e eu segui a vida normal. Então, eu nem precisei buscar nada fora. Também explicaram sobre a diálise peritoneal, mas eu optei por não fazer.” (P3)

“O diagnóstico veio com 14 anos, aí eu fiz 4 sessões de hemodiálise e recuperei o basal do rim. Fiquei sem fazer hemodiálise por alguns anos. Em 2000, eu entrei para máquina e aí não sai mais. Então, eu acho que receber o diagnóstico de forma clara, ajuda, é melhor, porque aí, a gente aprende a administrar desde o começo.” (P4)

“Pra mim foi melhor [...] eu não sabia que tipo de tratamento ia fazer, os procedimentos e tal. Mas aos poucos os profissionais da área iam explicando e sempre foram assertivos no que eles falavam, tentando nos tranquilizar o máximo possível [...] colocando as coisas de uma maneira clara.” (P7)

“Sim entendi, ia ser duro pelas máquinas. Eu comecei o tratamento mesmo no Clínicas, até começar a diálise demorou um tempinho. [...] Eu comecei no tratamento conservador, ali eles vão explicando, orientando até é uma ajuda pra poder entender, encarar o tratamento e aí vai tranquilo.” (P8)

“Sim, fui informada, mas eles acharam que o rim ia voltar, tanto que eu fiz três sessões de quimioterapia, [...], eles acharam que tinha sido uma crise só, mas no fim não voltou. Mas eu estava preparada, foi melhor para assimilar.” (P9)

“O dia em que um médico me atendeu e disse francamente: “[...], tu provavelmente vai entrar pra diálise [...] eu fiquei bem [...] todos ficaram muito abalados, fiquei com medo, claro. Mas se tu estás sabendo o que está acontecendo, vai entendendo com o tempo. Eu prefiro a verdade, porque daí tu pode se preparar, pensar como vai fazer agora, se programar.” (P10)

Percebe-se que envolver o “ser paciente” no seu cuidado produz uma sensação de controle em relação ao gerenciamento da doença, contribuindo para a aceitação da mesma. Soma-se a isso o alto suporte social, que está relacionado às relações estabelecidas entre “ser paciente” e “ser enfermagem”, bem como entre “ser paciente” e seus pares, combinados com estratégias de enfrentamento focadas no problema, comportamentos de saúde positivos e adesão ao tratamento (fatores comportamentais), suprimindo pensamentos e sentimentos angustiantes. No mundo da DRC, descobriu-se que a experiência compartilhada ajudou o “ser paciente” a aceitar sua condição e desenvolver mecanismos de enfrentamento apropriados para o sofrimento, possibilitando que o “ser paciente” siga projetando-se neste mundo (SEIN *et al.*, 2020), conforme algumas falas.

“Eu sou meio curioso, entrei em contato com outros pacientes, eu presenciava com meus colegas essas coisas. Daí eu perguntava, um tinha quinze anos ali, outro tinha sido transplantado, aí vamos se informando e conhecendo, aceitando, se adaptando.” (P2)

“É que assim, eu fiquei 1 mês com o diagnóstico errado, mais ou menos, aí quando eu fiquei sabendo, eu já estava quase “batendo as botas”. Então, na hora, assim, não deu nem para processar direito o que que era. Só depois com o tempo é que eu fui entendendo o que era a doença renal e me adaptando.” (P3)

“Não, eu nunca deixei de estudar, de passear, nunca deixei nada. Até quando eu transplantei, eu tive muita dificuldade de aceitar não descer mais para hemodiálise, eu queria descer, eu tinha as pessoas lá que eu convivia. [...] como eu consigo, eu bebo o que eu posso, então eu não me fixei muito no líquido, mais é essa questão de poder sair bastante, de poder viajar, ter aquele tempo.” (P4)

“No início é meio difícil, mas como eu já tinha um irmão que era transplantado e já tinha passado por isso, [...], então eu já tinha uma experiência [...], mas não foi tão fácil assim de aceitar as coisas. Aí eles pediram pra eu escolher o que eu queria, eu escolhi fazer a hemodiálise.” (P8)

“Quando tu te colocas de frente ao problema, tu vais, porque tu não consegue escolher a morte. É impossível algum ser humano escolher morrer, [...]. Então, tu acaba aceitando o tratamento [...], foi quando eu resolvi, vamos encarar, daí eu comecei a fazer (diálise peritoneal) e fui me adaptando [...] e aí foi que eu vi que aquilo ali era o melhor pra mim.” (P10)

“Eu acho que tem muito a questão da aceitação da DRC, tem, inicialmente, dois aspectos importantes: 1 é como ele está entendendo esse tratamento, a importância dele; 2 que é a adesão do paciente e da família, porque muitas

vezes ele também depende da família e esse apoio é importante. [...], o apoio da equipe e da convivência com outros pacientes, ajuda muito.” (ENF5)

6.2.3.2 Subcategoria “*Angústias dos seres no mundo da DRC*”

Conforme os relatos, os seres no mundo da DRC precisam desnudar este contexto para melhor compreendê-lo e, assim, seguir sendo como “ser-neste-mundo”. Para o “ser paciente” isso requer aceitar sua doença, adaptando-se a esta nova realidade, já para o “ser enfermagem”, requer uma presença autêntica e postura empática para entender os altos e baixos que o “ser paciente” experiencia. Neste sentido, os seres deste mundo vivenciam a imprevisibilidade, além de múltiplos sintomas que a DRC traz consigo (NAM *et al.*, 2020), o que acaba gerando um sentimento de angústia.

Assim, entende-se que a “angústia dos seres no mundo da DRC” é um pressuposto da TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, o qual tem como elemento estruturante “reconhecendo as incertezas”, conforme o Quadro 13.

6.2.3.2.1 Elemento estruturante “*Reconhecendo as incertezas*”

Existencialmente, a angústia é um fenômeno revelador da estrutura do “ser” conforme captada em sua totalidade, a qual expressa o sentimento mais profundo do “ser”. Ela é o princípio e a fonte de todos os demais sentimentos, tais como vontade, ânsia, desejo, inclinação, impulso, embora permaneça velada ou oculta sob as aparências do cuidado. Isto posto, é preciso diferenciar medo e angústia. O medo é sempre relativo a um objeto definido, que é isto ou aquilo, já a angústia, ao contrário, não aparece jamais determinada por um objeto definido, entretanto, supõe certamente uma ameaça. Tal ameaça, contudo, não está em nenhum lugar, não significa nada senão a exclusão de toda determinação em isto ou aquilo (HEIDEGGER, 2008).

Clinicamente, argumenta-se que a angústia “se estende” ao longo de um *continuum* que vai desde sentimentos normais de vulnerabilidade, tristeza e medos, até problemas que podem se tornar incapacitantes, como depressão, ansiedade, pânico e isolamento social. No mundo da DRC, a natureza dinâmica da angústia foi frequentemente descrita como o experimentar de uma “montanha-russa” de emoções, de modo que o estado emocional oscilava entre desamparo e estar mais no controle de seus sentimentos, estados relacionados à imprevisibilidade e às incertezas que a DRC e as próprias TRS provocam (RAMIREZ-PERDOMO, 2019; SEIN *et*

al., 2020). Tais emoções são experienciadas de formas distintas pelo “ser paciente” e pelo “ser enfermagem”, e estão presentes na fala de alguns participantes.

“Eu vou te dizer uma coisa, quando falavam tu vai ter que fazer hemodiálise duas a três vezes por semana durante duas horas, eu pensava vou morrer, tô muito mau. [...] porque pra mim quem fazia hemodiálise estava no fim da vida, então eu pensei que era o fim para mim, angustiante essa sensação.” (P2)

“Fui pega de surpresa. Então pra mim é muito complicado [...]. Não é com medo que aconteça pra mim, mas [...] é uma coisa da minha realidade a partir de agora, a qualquer momento eu posso também estar passando mal. Então, eu vivo o dia de hoje, sem pensar no amanhã.” (P6)

“No decorrer do tratamento te dá um medo porque tu vê as outras pessoas junto contigo fazendo hemodiálise, [...]. Quando eu fui fazer o transplante, eu não sabia o tamanho da proporção da cirurgia, eu fiquei 65 dias no hospital internada [...], o médico falou que se decorresse tudo bem dentro de 15 dias eu ia embora. Só que complicou. Então, eu não sei te dizer se é medo ou o que, mas tudo é muito pra mim.” (P7)

“Ah, assusta, tu pensa será que amanhã sou eu que vou passar mal, assusta muito, porque muita gente passava mal. Eu saía da máquina bem, chegava na porta baixava a pressão, em questão de segundos [...] tu pensa que vai morrer [...] é uma coisa horrível, angustiante.” (P9)

“Quando eu comecei a fazer o tratamento, eu fiquei um bom tempo sem entender o que estava acontecendo. [...] não entendia muito bem o que era problema renal. Então tinha muita incerteza [...] A gente não sabe como é, isso dá uma angústia.” (P10)

“A gente não faz visita domiciliar, a gente só trabalha com aquilo que o paciente traz, então a gente não sabe como é lá. É uma limitação [...], a gente sabe que isso seria uma coisa boa pra gente conhecer a realidade deles, mas não dá, então essas coisas, às vezes, angustia.” (ENF1)

“Será que vale a pena, será que eu transplanto, porque é uma mudança de tratamento, [...] que hoje eles estão bem, mas eles também enxergam os colegas deles. Então eu recebo pacientes que vêm pra lista de transplante, que dizem, ah eu já vi morrer. Então, sempre tem essa incerteza.” (ENF2)

“A gente percebe isso, quando os pacientes vêm passar cateter para iniciar a hemodiálise, ele é crônico, e não sabe o porquê ele veio, [...], tudo é incerto e novo. Já para mim, enquanto enfermeiro, quando eu estou naquele último acesso e estou naquela angústia de que é o último acesso e que ele não pode fazer peritoneal e que a gente está perdendo o paciente por falta de acesso, eu acho isso a coisa mais angustiante que existe [...]” (ENF4)

Reconhece-se que nas TRS, a hemodiálise e a diálise peritoneal são as mais angustiantes para o “ser paciente” e o “ser enfermagem”, consideradas uma luta constante contra a morte, sentimento este que está diretamente relacionado, também, às condições do acesso venoso (SALIMENA *et al.*, 2018; RAMIREZ-PERDOMO, 2019). Para o “ser paciente”, o acesso representa a vida, mas também a sombra da DRC permanentemente no seu corpo, que lhe impõe restrições e exige cuidados, já para o “ser enfermagem”, a manutenção do acesso venoso e a

preservação dos cateteres refletem, muitas vezes, em angústia e frustração, quando ocorrem complicações que não podem ser resolvidas, o que é apontado pelos participantes do estudo.

“Eu não tinha mais como fazer hemodiálise, como eu vi que as minhas veias são muito ruim de acesso eu tentei 7 fístulas e não deu, aí os médicos viram que eu tinha o perfil para fazer a diálise peritoneal.” (P1)

“Não, eu não quis fazer fistula, me angustiava pensar em fazer hemodiálise. Quando eu pensei em fazer, eu peguei uma infecção bem forte, daí baixei no Clínicas e elas já aproveitaram e fizeram o cateter peritoneal e aí eu acabei não fazendo.” (P9).

“Eu cheguei a fazer a cirurgia da fístula, esperei o tempo pra ela cicatrizar e tudo, mas no dia que eu fui fazer a primeira hemodiálise nela a minha pressão caiu muito e ela não funcionou e tive que passar o cateter de novo, foi horrível, a pior coisa do mundo. [...]. É o momento que a gente fica mais vulnerável.” (P10)

“Eu acho que a questão do acesso é o que mais nos mobiliza, porque a gente sabe que é a vida dele. Então é um sofrimento para equipe. No sentido de aceitar que as nossas possibilidades também se esgotam, de nos apoiar nesse sentido [...]. É muito difícil a gente conseguir aceitar isso, mas tem casos que a gente não tem mais o que fazer, a ciência se esgota e as condições do paciente esgotam as possibilidades de vida [...] acaba a gente sofrendo, porque a gente vê que o paciente está num sofrimento e não tem mais nada para fazer.” (ENF5)

Existencialmente, a angústia conduz o “ser” ao seu próprio “ser-no-mundo”, isolando-o ante si e o fazendo-o sentir esse isolamento com uma intensidade extrema, o que, muitas vezes, reflete em reações inesperadas diante da impossibilidade de perder sua existência (HEIDEGGER, 2008). Essa premissa vem ao encontro dos seres-no-mundo da DRC, que, frente a tantas incertezas, passam a coexistir na angústia, dificultando suas escolhas, abstendo informações importantes, levando-os, muitas vezes, a só reagirem aos acontecimentos inesperados e imprevisíveis, conforme colocado pelos participantes.

“Eu não fiquei sabendo, eu não quis saber o que me causou a insuficiência renal. É, a minha esposa e a minha mãe foram ver o que que era, mas eu não quis saber.” (P3)
 “Fui largada na nefro, hemodiálise. Porque têm pessoas que fazem um certo tempo e depois param, eu não, eu fui largada ali e vai fazer hemodiálise. [...] Nunca me foi informado nada.” (P6)

“A gente aprende, eu tenho muita angústia, muita [...] quando está bem, isso é uma coisa boa e ruim, da gente esquecer quando está estressante, e quando está muito estressante, a gente esquecer que as coisas vão melhorar, que é sazonal. E tem períodos críticos que as vezes não passam, e isso gera muita angústia, taquicardia.” (ENF1)

“Eu como pessoa, eu sofro, porque eu vejo pacientes jovens que não estão conseguindo elaborar aquilo e como isso é difícil, e que eles estão indo por um caminho que não é o melhor [...] e sinto que tem vezes que tu sai exausta, sai cansada emocionalmente, porque não é só a DRC, alguns pacientes estão inseridos num contexto social de muita dificuldade [...] e tu sofre junto, porque tem coisas que tu não vais conseguir resolver, e isso gera uma angústia.” (ENF2)

“Tu também é humano, tu também te revolta, fica braba, frustrada em relação a tu não estar conseguindo fazer com que aquele paciente entenda.” (ENF3)

“Ah eu me sinto frustrada, eu já tive várias vezes isso, porque eu ensino, fico toda a semana atendendo o paciente, agora parece que está fazendo certo, então vou dar duas semanas para ele voltar, e aí ele volta e não está fazendo mais o que eu disse, aí eu me sinto frustrada, dá uma certa angústia isso.” (ENF6)

“Às vezes eu me sinto um pouco fraca, angustiada, sei lá, frustrada, porque eu não consigo dar toda atenção e todas as respostas para eles.” (TENF1)

6.2.3.3 Subcategoria “Motivando para transcender”

Em meio às complexidades da DRC e à angústia que esta causa, os seres no mundo da DRC necessitam estar, constantemente, buscando motivarem-se para seguir existindo e projetando-se neste mundo. Destarte, “Motivando para transcender” surge como um pressuposto da TMA da dimensão existencial dos seres no mundo da DRC, conforme Quadro 13.

Entende-se, existencialmente, que motivar faz referência à possibilidade de transcender, o que significa que, para projetar-se no mundo, o “ser” necessita encontrar um sentido ou uma razão para continuar “ser sendo” (HEIDEGGER, 2008). O mundo da DRC, devido a sua complexidade e gravidade, que estão permeadas de sofrimento, exige dos seres deste mundo uma luta permanente em direção a manterem-se motivados, o que nem sempre é fácil; ao contrário, a desmotivação é presente neste mundo, conforme relatado por alguns participantes.

“Eu fiquei muito mal lá, os médicos já tinham me desenganado, desmotivei total, por isso, resolvemos vir embora para o sul” (P1)

“Eles vêm desmotivados e muitas vezes, a desmotivação é um período longo. Eu acho que é uma trajetória natural da doença. Todos nós temos. [...], a diálise peritoneal, fazer 4 trocas de bolsas por dia, a gente sabe que isso cansa, então acho que faz parte eles desanimarem” (ENF1)

“O paciente que não está motivado, tudo fica mais difícil, assim como o paciente que está deprimido também, a clínica dele não evolui. [...], as vezes tu vê que o paciente joga a toalha, ou não tem motivação para iniciar, para lutar contra um problema. Então tu percebes bem isso.” (ENF4)

“Tem que ter uma perspectiva para ele, ele tem que achar uma perspectiva de melhora. Porque se a gente, se ele não consegue achar, até mesmo clinicamente assim, por exemplo, o que eu percebo, quando ele demora muito para melhorar o seu estado clínico, ele não se motiva.” (ENF5)

“Às vezes os pacientes dizem assim: ah eu não estou com vontade assim, sei lá, eu podia, não sei nem se eu continuo com o tratamento, tem horas que a gente desanima, porque aí a gente está sempre ruim, nunca está bom. Tu sabes, às vezes, eles dão meio que uma desmotivada.” (TENF3)

Neste sentido, o “ser enfermagem” reconhece que quando o “ser paciente” vem motivado para realizar a sua TRS, a mesma transcorre melhor, sem intercorrências, permitindo que este “ser” desenvolva mecanismos internos para transcender as dificuldades da DRC e realizar seu autocuidado, conforme relatam alguns participantes.

“As pessoas têm mania de julgar a gente pela aparência, e aí como eu sou magra e pequena, as pessoas pensam que eu não consigo, mas aí sim que eu fazia de tudo para conseguir.” (P1)

“Eu tento não desistir assim por ela (esposa) também sabe, porque ela me mostrou tanta coisa boa e eu não quero deixar ela mal. Então eu não posso me entregar. Eu passei a me cuidar e é difícil eu passar mal da hemodiálise.” (P2)

“Muitas vezes, até uma senhora disse para mim, ah, eu não aguento mais estar aqui, porque vocês ainda são novos, eu não tenho mais nada que está aqui. E eu dizia para ela, tá mas a senhora não tem filhos, a senhora não tem netos, não quer ver seus netos bem. [...] Tem que pensar nas coisas boas, não adianta só pensar nas coisas ruins. Eu tentava fazer o melhor assim, tentava confortar as pessoas, e desse jeito, a mim mesmo.” (P5)

“Muitas vezes eles vêm motivados pro tratamento. Muitas vezes têm alegria porque conseguiram entrar na lista de transplante, isso é uma coisa que motiva, chegar está com a pressão bem, estar com os exames bons, também é uma forma deles se retroalimentarem.” (ENF1)

“Pacientes mais positivos, então eu tenho pacientes que: eu vou transplantar, eu vou ficar melhor, tu vais ver que eu vou transplantar rápido. Com certeza, os que são mais positivos, eles têm uma aceitação melhor da doença e do tratamento, e isso facilita, auxilia sim, digamos que na recuperação. Eu acho que é um paciente que se beneficia mais quando ele é mais positivo.” (ENF2)

“Quando ele vê alguma melhora clínica, ele se motiva mais, então parece que também há algo que ele tem que buscar, do ponto de vista, dele próprio, não é só da equipe não.” (ENF5)

“Eu acho que sim, os pacientes mais motivados vão melhor, eu tenho pacientes que queriam muito transplantar e cuidam muito bem do rim. Eu tenho pacientes [...] já estão há 4, 5 anos e fazem o caderninho de controle para vir mostrar que continuam fazendo tudo certo e ganharem elogio.” (ENF6)

Destaca-se, portanto, a importância de melhorar a motivação do “ser paciente” por meio de informações e reforçando suas habilidades comportamentais para facilitar o autocuidado (SHEN *et al.*, 2021). Nesta acepção, o “ser enfermagem” entende que motivar o “ser paciente” faz parte de suas responsabilidades nos encontros de cuidado, o que requer um olhar empático para perceber como motivá-lo, mas também uma motivação interna por parte de si, para conseguir ajudar o “ser paciente”. Isso aparece na fala dos participantes.

“Essas coisas que foram se agregando, terapia ocupacional, que leva os desenhos para pintar, isso melhorou, até porque os outros pacientes também relatam que sentiram uma grande diferença, ajudou muito. [...], eles se sentiram até mais confortáveis um

pouco, quando começou a surgir essas coisas, eu acho que nos distraíram um pouco, motivou isso aí.” (P4)

“Aí a enfermeira também falou, “não vai passar mal, não é assim, quem te falou?”, eu ouvi uma paciente falando que da infecção não sei o que... Aí ela me acalmou, me explicou. Fez eu falar com outros pacientes que também faziam a peritoneal.” (P10)

“Tu tens também que ter essa parte do estímulo. Faz parte a gente motivar e resgatar o que é importante, entender que as vezes é árduo o tratamento. [...] Nossa primeira opção é o paciente ter o autocuidado, fazer com que o paciente acredite, se estimule a fazer a terapia. [...] Nossa função é sempre estar motivando independente da tristeza deles.” (ENF1)

“Eu acho que sempre é papel nosso também motivar. Cada um tem que ter um ponto que motiva. [...] Então a nossa presença ali, que é a enfermagem, é papel sim, motivar, o que tu puderes fazer para melhorar a qualidade de vida do paciente é importante e a gente consegue notar a melhora quando a gente investe nesse paciente.” (ENF4)

“Eu tenho também que envolver ele [...] voltar para ele um pouco também, mudar um pouco o discurso de só dizer o que o paciente tem que fazer, mas buscar nele algo que ele possa nos dizer que ele pode ajudar, motivar ele nesse sentido. Então nós podemos ajudar nesse sentido de nunca desistir do paciente, sempre está buscando uma alternativa, isso não é fácil, isso é um pouco desgastante e a gente também precisa se motivar para isso.” (ENF5)

“Eu acho que sim, realmente motivação é um papel do enfermeiro, acho que dentro da diálise bastante também. Dá uma conversada e realmente, já motiva o paciente a querer seguir bem, dá um elogio para o paciente, eles já se sentem melhores, mais motivados, queridos e úteis.” (ENF7)

“Ela (professora de educação física) respeita, quem não quer, não participa, mas é outra coisa entendeu que o pessoal se incentiva a fazer a bicicleta durante a hemodiálise. Tem muitos ali que fazem e a gente perceber que isso tem deixado eles mais motivados.” (TENF1)

Ao encontro do relato dos participantes, exercícios físicos, atividades lúdicas, apoio familiar e da equipe de saúde e modificações na dieta são estratégias de enfrentamento utilizadas pelo “ser paciente”, que demonstraram melhorar a motivação, e, por conseguinte, otimizaram a qualidade de vida, reduziram a morbidade e mortalidade por meio da recuperação de parte de sua autonomia (SONG *et al.*, 2019; NAM *et al.*, 2020). Além disso, a fé em um “ser superior” também é apontada como uma motivação para superar as dificuldades encontradas ao longo da trajetória no mundo da DRC, em que o “ser paciente” acredita que Deus está dando uma oportunidade, mesmo que seja com uma máquina, ou por meio de um transplante, de prolongar por mais tempo a vida e poder conviver com a família (RAMIREZ-PERDOMO, 2019), sentimento que também foi colocado por alguns participantes do estudo.

“Eu faço Reiki, meditação, e eu vou no centro espírita [...] essas terapias holísticas. Isso me motivava, me motiva, me dá esperança, acalma, porque tem que ter força para continuar com isso, e aí são alternativas que a gente tem, só remédio não adianta. A gente tem que procurar uma coisa para a cabeça e espiritual também.” (P1)

“Eu já não penso assim que posso morrer, porque eu não vou abaixar a cabeça, não vou me entregar. Se tiver que fazer uma cirurgia, eu vou fazer. Vai dar tudo certo. O negócio de fé foi outra coisa [...], minha esposa é mestre reikiana, ela mostrou o Reiki. Eu também sou espírita, também ajuda muito, eu tenho a minha fé nisso.” (P2)

“Eu acredito também na força da vontade. Eu tenho, eu acredito que tudo ajuda um pouco, eu tenho fé em tudo.” (P4)

“Tudo que o médico falava para mim aumentava ainda mais a minha fé de ser transplantado rápido, de voltar a minha vida normal. [...] eu sempre pensava algo positivo, não dava o transplante para mim, mas salvava outra pessoa. Então, eu acho que a gente tem que acreditar em alguma coisa. Eu acredito, eu tenho muita fé.” (P5)

“Ah isso aí passa pela cabeça da gente, que a gente vai morrer, mas tem que levantar a cabeça, ter fé e seguir porque vai conseguir. Com a graça de Deus eu estava livre das máquinas.” (P8)

“Eu tenho minha fé, e isso me dá forças para estar aqui ainda e poder esperar a minha vez de transplantar.” (P9)

“Alguns pacientes acreditam e dizem, eu tenho fé nisso, no transplante, vai dar certo. Eu acho que a fé é uma coisa muito importante, eu tenho visto isso ao longo dos atendimentos, os pacientes que vem com mais fé, mais esperançoso, o processo do transplante tende a ocorrer mais tranquilo.” (ENF2).

Existencialmente, Deus é compreendido como o Tu eterno, para onde convergem todas as relações humanas: a relação com Deus, o Tu eterno, o Absoluto. Deus é “totalmente Outro, o totalmente mesmo, o totalmente presente”. É no cotidiano que a possibilidade de encontro e diálogo com o Tu eterno acontece, na relação com a esfera das essências espirituais, que é silenciosa, mas que gera linguagem. O Tu eterno é o único diante do “ser” em que todas as coisas estão incluídas, inclusive o mundo, pois embora Deus não seja o mundo, o mundo não é empecilho para o encontro com Ele. A inclusão de tudo em Deus significa que quem vai verdadeiramente ao encontro do mundo, vai ao encontro do Tu eterno. Ele que, por essência, é o único que não deixa de ser Tu para nós, ou seja, é um Tu que nunca se torna um Isso (BUBER, 2006).

Neste sentido, compreende-se que o mundo da DRC, por apresentar tão de perto a morte ao “ser paciente”, faz com que este busque, no TU eterno, forças e motivação para “poder ser no mundo”, permitindo que transcenda em direção ao seu “ser-mais”. Assim, ao vivenciarem o mundo da DRC, repleto de desafios, incertezas e angústias, os seres deste mundo procuram encontrar motivação para desenvolverem estratégias de enfrentamento e, desse modo, projetarem possibilidades para transcender.

6.2.3.4 Subcategoria “Projetando possibilidades para transcender”

Conforme o Quadro 13, emerge a subcategoria “projetando possibilidades para transcender”, estruturada no elemento “estabelecendo estratégias de enfrentamento”, sendo uma resultante da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

Enfrentar os desafios da DRC requer um compartilhar de experiências entre os seres deste mundo, exigindo que cada um vá em direção ao outro com presença autêntica, abertos para descobrir possibilidades para seu melhor viver. Neste sentido, “ser paciente” e “ser enfermagem” precisam encontrar, dentro de si, recursos que permitam ressignificar suas vivências para seguirem se projetando no mundo.

6.2.3.4.1 Elemento estruturante “Estabelecendo estratégias de enfrentamento”

Sabe-se que uma comunicação efetiva, que envolve sempre chamados e respostas, contribui positivamente no estabelecimento de estratégias de enfrentamento. O diagnóstico de nefropatia crônica desencadeia uma sequência de entendimento, elaboração e enfrentamento da doença e de suas complicações, denominada percepção do “ser paciente” sobre a doença, que é uma questão subjetiva que tem relação com qualidade de vida, aceitação, aderência e enfrentamento da TRS pelo “ser paciente” (DANTAS; ROCHA; CRUZ, 2020).

Ao encontro dessa premissa, os participantes do estudo afirmaram a relevância de terem recebido o diagnóstico claramente, conforme já descrito, entretanto, ressaltam que ainda há espaço para melhorar a comunicação, pois a mesma impacta na aderência ao tratamento. Além disso, no que se refere à equipe multidisciplinar, a qual é necessária para melhor atender o “ser paciente”, também é apontada uma certa dificuldade de comunicação entre os profissionais.

“[...] daí não fiz o exame e não fui na consulta, no outro dia a doutora me liga,” a senhora não veio na consulta”, digo não é que eu não vim. Eu pedi pra técnica aqui do posto ligar pra se informar pra mim, e falaram que não precisa vir, eu não fui nem fazer o exame. [...] Daí ela disse “mas a senhora deveria ter feito o exame pra eu verificar”, bom daí foi um mal-entendido.” (P6)

“Sim, ele me passou o resultado da biópsia pelo telefone. [...], ele veio atrás e falou que se excedeu em passar o resultado da biópsia e que olharia as lâminas de novo, mas achava que não estava tão ruim assim como passou. Daí eu disse, poxa vida né doutor, olha o balde de água fria que o senhor joga em mim falando que meu órgão está rejeitando, aí me fala que posso ficar mais tranquila. Então foi bem complicado.” (P7)

“Eu acho que há uma boa comunicação mas há sempre espaço para melhorias. Permanente, hoje lá, eu consegui que a nutricionista e a assistente social fiquem na

unidade [...] porém os demais profissionais, como a psicologia, por exemplo, esse aspecto assim, de consultoria, da gente ter que estar chamando, isso a gente precisa ainda melhorar. A equipe médica é bastante presente, mas embora eles estejam ali, temos processos de comunicação ainda falhos.” (ENF5)

Nesta acepção, percebe-se a importância de o “ser enfermagem” ter uma presença autêntica nos encontros de cuidado e acolher as necessidades do “ser paciente”, respondendo ao seu chamado com uma atitude de apoiá-lo, motivá-lo, para que este desenvolva estratégias de enfrentamento à DRC, o que muitas vezes, está relacionado com ampliar os encontros de cuidado a outros profissionais que possam suprir as necessidades do “ser paciente” que não são competência do “ser enfermagem”.

Sabe-se que o mundo da DRC exige uma série de modificações na vida do “ser paciente”, que não são fáceis de realizar sozinhos. Devido ao agravo da doença renal, é comum que apresente cansaço, fadiga, distúrbios do sono, alteração nas atividades diárias, perdas econômicas devido à diminuição do desempenho no trabalho, redução na participação de atividades sociais, mobilizando na família e amigos graças à percepção de que o “ser paciente” era mais frágil e necessitava de atenção especial, o que refletiu em um melhor vínculo social, pelo cuidado e suporte adicional despendido a ele (NAM *et al.*, 2020). Entende-se que manter o familiar perto é uma estratégia de enfrentamento utilizada pelo “ser paciente” para não se sentir sozinho, muitas vezes vista como uma manipulação pelo “ser enfermagem”, conforme relato de alguns participantes.

“Aí como meu pai é daqui e meu irmão já morava aqui, a gente decidiu vir. Aí, nisso eu fui melhorando. Meu irmão e minha mãe tinham que ficar lá do meu lado para me ajudar, para eu tentar me acalmar.” (P1)

“Olha o que o paciente faz, marido e mulher, ou mãe e filho, para que se mantenham sempre ao redor, não tenho condições de aprender a fazer uma auto troca, como uma escravidão, como uma estratégia para manter aquela pessoa perto. É inconsciente, [...], como uma maneira de manter perto para nunca ir embora. Uma maneira de não ser abandonado. Os doentes são controladores, [...]” (ENF1)

“Exato, a convivência familiar. Tem alguns, que por exemplo, a família toda tá envolvida em função da diálise.” (ENF2)

“Eles acabam manipulando, [...]. Eu tive um paciente, coletava urina, e colocava urina da esposa e de todo mundo, pra dizer que o DCE dele estava bom, e a esposa concordava com aquilo. Até que ela escondida do paciente me contou a verdade. Eu acho que eles [...] manipulam muito a família, fazendo com que as pessoas se sintam culpadas, por medo de ficar só, querendo manter o vínculo.” (ENF3)

“Eu tenho pacientes que eu acho que é um perfil, são os pacientes do interior, principalmente os senhores de mais idade, são muito dependentes da esposa, então quem cuida dos remédios não é o paciente, é a esposa que sempre vem junto. Eu acho que elas se sentem importantes e necessárias de estar ali cuidando.” (ENF6)

“Muitos pacientes ali, a maioria vem com o familiar junto [...], e a gente tenta orientar, explicar pro familiar, até para ajudar, porque é bem complicado, eles entenderem que sim, o paciente precisa de ajuda, mas ele também precisa se esforçar.” (TENF1)

Entretanto, sabe-se que a percepção dos sintomas da DRC é um processo de se conhecer e avaliar as sensações corporais que é influenciado por diversos fatores internos (por exemplo, crença pessoal, afeto) e externos (por exemplo, fatores de função social, informação). Geralmente, o “ser paciente” em TRS tem uma compreensão equivocada, com uma visão pessimista sobre o tratamento, associando-o à morte iminente, resultando em níveis mais elevados de sintomas depressivos (NAM *et al.*, 2020). Com o passar do tempo, ao ir desvelando este mundo da DRC, o “ser paciente” começa a se permitir vislumbrar outras possibilidades para seguir existindo, como realizar o transplante, o que é visto como uma esperança de retomar sua autonomia e liberdade para fazer suas escolhas (ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020), conforme alguns relatos.

“Em diálise, já faz dez anos né, com o transplante tu tem chance de ter uma vida melhor, fazendo o tratamento certinho e tomando os cuidados. Então eu fiz a cirurgia cardíaca para poder entrar na lista.” (P2)

“Eu já entrei, saí, [...]. Com certeza, tenho uma expectativa que o transplante vai melhorar minha qualidade de vida, me trazer mais autonomia.” (P3)

“Tipo, foi uma esperança mais, foi uma oportunidade a mais. Como o médico ali da diálise sempre me disse, tu és um cara novo, tu tens muita chance de ser transplantado rápido.” (P5)

“Olha guria, me deu uma nova vida, ia melhorar a minha vida pra melhor (risos). Eu só peguei acho que me arrumei e saí, eu dizia: graças a Deus vou sair dessas máquinas, dá um alívio.” (P8)

“Uma hora teu transplante vai chegar e vai ficar tudo bem, [...] Me deu um ânimo assim entrar em lista de transplante [...] a terceira vez que me ligaram era pra ser meu, mas eu não quis fazer porque eu achei que não estava preparada.” (P10)

“Então, eles enxergam o transplante como a salvação de ter mais autonomia. É como se fosse uma cura né, mas a gente deixa bem claro que não é uma cura. Muitos chegam achando que vão estar curados da doença com o transplante.” (ENF6)

“Porque eles pensam, principalmente aqueles que eu atendia pensavam só em transplantar. Transplante mudaria a vida, salvaria a vida e a gente sabe que não é verdade, que não é bem assim.” (ENF7)

“E outra que eles ficam muito esperançosos com o tal do transplante, [...]. Então, o transplante é uma esperança para eles, no fundão do túnel, eles sempre sonham com um transplante, não precisam mais dialisar e poder ficar em família, que aquilo ali vai ser passageiro.” (TENF1)

A perspectiva de futuro está implícita na história de cada “ser paciente” ao longo de sua trajetória, que, mesmo quando afetado com comorbidade grave, expressou esperança de um dia receber um transplante de rim e, assim, ser capaz de encerrar o tratamento de hemodiálise ou diálise peritoneal. Manter a esperança de vida sem diálise é de particular relevância para os mais jovens. A esperança os capacita a suportar a natureza intensiva, complexa e transformadora da TRS. Eles enfrentam restrições alimentares e de líquidos, medicação pesada, horários de tratamento rígidos e cuidados controlados, acreditando que um futuro melhor está à sua frente, no qual poderão recuperar a vida, a autonomia e a liberdade (ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020).

De fato, o “ser paciente” que se sente mais capaz de lidar com sua doença tende a descrever um relacionamento próximo com a equipe da unidade renal, tendo uma forte rede de apoio de familiares e amigos e sentindo-se no controle de sua condição e seu tratamento. Percebe-se, portanto, a importância, para este, de tentar não ser dependente, dando valor maior ao fato de ter um tratamento que lhe permita viver (SEIN *et al.*, 2020), o que foi colocado por alguns participantes do estudo.

“Eu durmo no quarto sozinha e lá é grande, aí eu não precisei adaptar nada por causa da diálise. E eu sempre comparo minha vida com antes e com o agora, como eu me sinto. Antes eu não tinha nenhum problema, só que eu não tinha vontade de fazer as coisas. Hoje eu tenho mais vontade de fazer as coisas, eu procuro, eu faço curso online, [...]. Então eu passei a dar valor maior para minha vida depois que eu venci a fase difícil do início do tratamento.” (P1)

“Eu não queria preocupar ninguém. Eu [...] queria passar tranquilidade para os outros. Eu procurei me ocupar, procurei não deixar nada me abalar. E depois que eu transplantei, foi uma sensação boa, uma coisa que você passa dois anos sem fazer, quando começa a fazer, vê que tu podes ter tua vida normal, fazer tudo. Eu nunca fiquei tão feliz por dar uma urinada de novo.” (P5)

“Nossa é maravilhoso a sensação sabe, é muito, é uma coisa fora do comum, depois de quatro anos tu sentir a sensação de estar fazendo xixi. É uma necessidade fisiológica que tu precisas, é necessário, é fundamental. Então foi bem boa a sensação, foi ótimo, maravilhosa, não tem como explicar.” (P7)

“Ah melhorou tudo né, agora eu posso limpar a casa, posso, bom agora não posso, com a pandemia não dá pra sair, mas melhorou tudo depois do transplante, eu posso fazer minhas coisas como eu quero, sem depender dos outros. E parece criança quando faz xixi, meu Deus, eu não sei nem te dizer.” (P8)

“Eu aprendi muito depois que eu fiquei doente, acho que a gente muda nosso jeito de pensar e analisar a vida, valorizar algumas coisas. Eu vou chorar. Eu acho que quando eu tiver um rim novo, até o ato de beber um copo de água, fazer xixi, que é coisa tão banal. Estou dando valor muito mais a algumas coisas.” (P9)

“Sair da diálise, com certeza, e tomar água é o que eles mais esperam com o transplante, ter uma vida mais próxima do normal, do que era antes, porque o senhor vai continuar tomando remédio, vir consultar com frequência, não mas isso eu não

tenho problema. Nada se compara a vir 3x por semana e depender de uma máquina para viver.” (ENF2)

“Eles não querem ser dependente da família, só que o tratamento dele depende dessas medicações, então precisa ir buscar no posto [...], eles tentam não depender dos parentes. A impressão que dá é que eles se isolam.” (TENF1)

Assim, fica evidente a importância dos seres no mundo da DRC coexistirem e compartilharem suas angústias e perspectivas em relação ao desenvolvimento de estratégias para enfrentar os desafios impostos pela DRC e as respectivas TRS, em que o papel do “ser enfermagem” também é primordial para transcender neste mundo. Um estudo refere que o “ser paciente” descreveu melhorias no bem-estar que experimentou simplesmente por poder falar com o “ser enfermagem” sobre seu sofrimento, mesmo que não houvesse soluções imediatas que pudessem ser oferecidas a ele. Além disso, foi descrito o quanto pacientes elogiavam o apoio que recebiam da equipe da unidade renal, principalmente quando estes tinham estabelecido um relacionamento de longa data com a equipe, em que esta era capaz de perceber mudanças no seu comportamento (SEIN *et al.*, 2020).

Ao encontro dessa premissa, o “ser enfermagem”, também segue lutando para transcender suas possibilidades de cuidar do “ser paciente”, buscando novos desafios que contribuem para que este siga projetando-se em direção ao seu “Ser-Mais” enquanto profissional, fazendo com que o cuidado dê certo, tendo criatividade para encontrar novas perspectivas e estratégias de cuidado no mundo da DRC, conforme relatado em algumas falas.

“A gente é muito responsável, quer fazer com que dê certo [...] a gente recebe muito paciente doente demais [...] que já vem com esgotamento de acesso vascular, que não tem opção de tratamento, a não ser a diálise peritoneal. Eu sempre sou a favor da vida, e eu sempre vou lutar até o final pra dar opções e estratégias para ele poder fazer desse limão uma limonada.” (ENF1)

“No nosso retorno do transplante a gente tem que individualizar, as vezes tem paciente que a gente tem que ver com mais frequência, pra poder dar um suporte melhor pra ele poder ter essa adaptação de nova terapia. [...] Então a enfermagem, ela atende o indivíduo como um todo, e olhamos paciente e família, porque a família sofre com essa questão também.” (ENF2)

“Então a gente tem que ter bastante criatividade além de tudo. A gente tem que se analisar e perceber que eu tenho que mudar a tática de como eu vou fazer para ela entender. Então a gente está sempre fazendo isso. Vamos tentar ser um pouquinho criativa, vamos ajudar aquela paciente”. (ENF3)

“A gente tem que olhar além do horizonte e a enfermagem em nefrologia consegue ver para além do horizonte e enxergar novas alternativas de cuidado para esse paciente, porque ele muda o perfil e tu tens que estar acompanhando, tu tens que estar estudando. Agora, por exemplo, a era COVID, ninguém esperava. Nós estudamos muito sobre isso, fizemos um protocolo maravilhoso em termos de enfermagem [...]. Agora nós temos o paciente idoso em diálise, diálise paliativa [...] como tratar esse

paciente, é um paciente muito mais complexo do que o paciente mais jovem, é outro contexto.” (ENF5)

Ajudar o “ser paciente” a desenvolver mecanismos de ajuste e enfrentamento é um papel essencial do “ser enfermagem”, que necessita estar atento para perceber as reais necessidades daquele “ser”. Muitas vezes, o “ser paciente” se sente incapaz de abordar questões emocionais com a equipe de saúde, devido à percepção de que esta não tem tempo para discutir questões não médicas, ou que não tem as habilidades relevantes para lidar com quaisquer questões emocionais levantadas. Soma-se a isso a atmosfera otimista nas unidades renais que, embora positiva e reconfortante para alguns, pode criar inadvertidamente um ambiente no qual o “ser paciente” sente que não é apropriado falar sobre angústia, e acaba se sentindo envergonhado de abordar questões emocionais, evitando, deliberadamente, revelar qualquer informação sobre seu sofrimento (SEIN *et al.*, 2020).

Neste sentido, possibilitar que o “ser paciente” receba apoio psicológico, bem como desenvolva atividades físicas e lúdicas, que melhorem sua cognição e autonomia, também faz parte das atribuições do “ser enfermagem”, que além de ser empático e estar sensível a esta necessidade do “ser paciente”, precisa compartilhar o cuidado com outros “seres” profissionais, que podem estar agregando no mundo da DRC, contribuindo para uma assistência mais qualificada. Estudos trazem a importância do apoio psicológico, da prática de atividade física, bem como, do envolvimento em atividades sociais para a melhora do “ser paciente” (SONG *et al.*, 2019; SEIN *et al.*, 2020; ANDERSEN-HOLLEKIM *et al.*, 2020; NAM *et al.*, 2020). Isso vem ao encontro de algumas falas dos participantes do estudo.

“Estratégias que eu uso, de estar atenta, de estar ali, de ouvir, de perceber, de analisar os registros que eles nos trazem [...] e que precisa de uma interferência psicológica, de um tratamento psiquiátrico, nós temos essa condição de pedir uma interconsulta e uma avaliação. Outra estratégia que a gente tem é a assistente social que nos ajuda com alguns benefícios que os pacientes têm direito e que não conseguem. Ou a gente consegue marcar mais uma consulta pra eles virem e a gente avaliar.” (ENF1)

“Eu percebo algo que mudou muito pros nossos pacientes, com relação a essa questão emocional, participativa e até cognitiva, de certa forma, quando a gente conseguiu uma educadora física e ela faz exercícios 3x por semana com os pacientes, junto com isso, entrou também a recreação, que faz um trabalho lúdico[...] a gente até fez uma exposição das pinturas, os pacientes pintam algumas gravuras durante as sessões de hemodiálise. E isso, assim, a gente percebe que eles têm um envolvimento maior, eles dormiam o tempo todo. Hoje, a gente tem pacientes muito mais participativos, parece que eles ficam mais atentos às orientações também[...].” (ENF5)

“Tem essa parte da fisioterapia e dos educadores físicos. Até a fisio está fazendo umas atividades assim com a respiração, técnica de relaxamento [...] ali mesmo na diálise. Então é muito bom, a diálise lá está inovando, para eles isso é muito bom.” (TENF3).

Portanto, fica evidente que os seres no mundo da DRC precisam se reinventar para atender às demandas de seu entorno imediato e encontrar um equilíbrio entre suas expectativas e a situação que estão vivenciando, o que vai ocorrendo com o passar do tempo, à medida em que o tratamento vai sendo incorporado à rotina diária, com auxílio de novas tecnologias e práticas de cuidado.

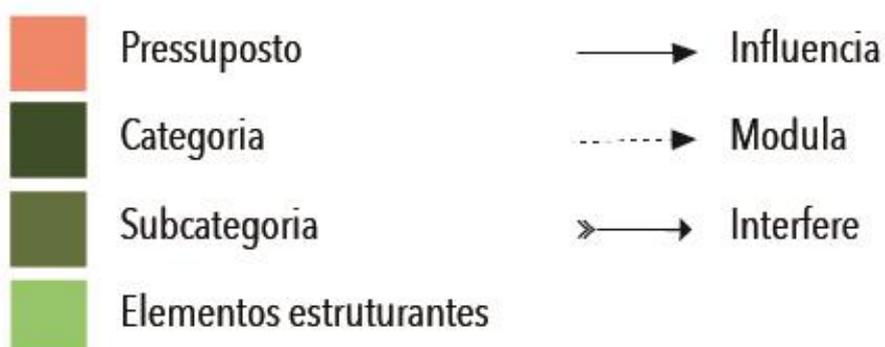
Conforme demonstrado nesta categoria, transcender o mundo da DRC requer do “ser paciente” aceitação da DRC com toda sua complexidade, e assim, ao encontrar-se com o “ser enfermagem”, juntos compartilharem suas angústias, desvelando este mundo, buscando motivarem-se para seguir sendo e, assim, projetarem possibilidades para alcançarem seu melhor potencial, ou seja, seu “ser-mais”.

A Figura 8 é uma representação do que foi apresentado na Categoria “Transcendendo o mundo da DRC”, mostrando as relações existentes entre os conceitos que a estruturam.

FIGURA 8 - Representação das relações existentes na categoria “Transcendendo o mundo da DRC”.



Legenda:



7 TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC

Em uma disciplina como a enfermagem, teoria e prática são inseparáveis. Na realidade, o desenvolvimento e a aplicação de teorias aliadas à prática com base na pesquisa são fundamentais para o desenvolvimento da profissão mais autônoma da enfermagem enquanto ciência (McEWEN; WILLS, 2016). Neste sentido, em atenção a essa premissa, foi desenvolvida uma teoria de médio alcance, com intuito de orientar uma prática mais humanizada, valorizando a singularidade dos pacientes renais crônicos nas diferentes TRS.

A TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC tem por objetivo orientar o “ser enfermagem” a identificar a dimensão existencial do “ser paciente” por meio do reconhecimento das evidências qualitativas presentes no contexto de cuidado do mundo da DRC. Para tanto, apresentam-se os metaparadigmas, pressupostos, conceitos e o modelo da Teoria.

7.1 CONCEITOS DOS METAPARADIGMAS

Pessoa – “ser”, que é visto como uma experiência concreta e vivida em direção a “vir-a-ser” por meio de suas escolhas, o qual pertence ao mundo e, neste, vive em busca de realização, o que permite seu descobrir-se constante e, assim, seu projetar-se em direção a seu “ser-mais”. É singular em sua situação, mas relacionado com o mundo, o que lhe permite coexistir.

Enfermagem – é uma experiência vivida entre seres humanos, numa espécie de diálogo vivo que acontece durante um encontro com objetivos em comum – o cuidado para chegar a “ser-mais”. Este diálogo ocorre por meio da presença autêntica do “ser enfermagem”, em atenção ao chamado do “ser paciente”, que responde com empatia, preocupação e disponibilidade para compreendê-lo e, assim, motivá-lo para superar os desafios, e juntos, buscar possibilidades de se projetarem no mundo.

Saúde – é a capacidade de transcender a condição de “estar doente”, buscando possibilidades de “ser sendo” em direção ao projetar-se no mundo em busca do seu “ser-mais”, superando os desafios e realizando sonhos.

Ambiente – compreende o contexto de cuidado que diz respeito não somente ao espaço físico em que o mesmo ocorre, mas, sobretudo, refere-se às inter-relações que nele são

construídas com o passar do tempo e que refletem na maneira em que os seres seguem existindo no mundo. É um tipo de espaço vazio, um espaço personalizado, ou, ainda mais pessoalmente, se refere ao lugar ao qual se sente que se pertence ou do qual se faz parte.

7.2 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos são entendidos como crenças preconcebidas e aceitas como verdades sem necessitar de provas; portanto, não são testados empiricamente (McEWEN; WILLS, 2016). Nesta teoria, desvelaram-se os seguintes pressupostos:

Estando presente – condição para que o diálogo vivido da enfermagem efetivamente ocorra nos encontros entre o “ser paciente” e o “ser enfermagem”, o qual precisa estar atento e disponível, com intenção de fazer e estar em uma relação, experienciando a situação compartilhada.

Encontrando-se - reunião de seres singulares do mundo da DRC, em um movimento que exige presença e abertura para que possam se desvelar ao outro e assim, coexistir, estabelecer vínculos e seguir sendo em direção ao seu “ser-mais”.

Preocupação – modo essencial do “estar com”, que move o ser em direção ao encontro de cuidado em que há um chamado e uma resposta. Neste, o “ser enfermagem” responde ao “ser paciente” com empatia, estando atento e desvelando pequenos sinais e, assim, criando uma relação transacional.

Passando o tempo - condição de ser e estar no mundo da DRC, necessária para que o “ser paciente” e o “ser enfermagem”, ao se relacionarem, no tempo e no espaço, possam desvelar novas possibilidades para transcender e seguirem coexistindo em direção ao futuro. Entretanto, este tempo nem sempre está relacionado e sincronizado ao tempo cronológico, mas sim, é inerente ao tempo interno, único, vivido pelos seres no mundo da DRC, configurando a singularidade de cada um, que tem seu ritmo para se adaptar a esta nova realidade.

Angústia dos seres no mundo da DRC - o sentimento mais profundo do “ser”, que é o princípio e a fonte de todos os demais, tais como vontade, ânsia, desejo, inclinação, impulso. Contudo, permanece velada ou oculta sob as aparências do cuidado e é experienciada como uma "montanha-russa" de emoções, de modo que o estado emocional oscila entre o desamparo e o estar mais no controle de seus sentimentos. Relaciona-se à imprevisibilidade e às incertezas que a DRC e as próprias TRS provocam, vivenciadas de formas distintas pelo “ser paciente” e pelo “ser enfermagem”.

Motivando para transcender – sentido ou razão para continuar “ser sendo” e, assim, descobrir possibilidades para transcender e projetar-se no mundo. A motivação pode ser estimulada por meio de informações claras e pelo desenvolvimento de habilidades comportamentais para facilitar o autocuidado do “ser paciente”, bem como, a qualificação profissional do “ser enfermagem”.

7.3 PRINCIPAIS CONCEITOS E AFIRMAÇÕES NÃO RELACIONAIS

A base de uma teoria depende da identificação e explicação dos conceitos que devem descrever, explicar e prever o fenômeno de interesse. Portanto, os conceitos são formados por ideias que explicam um fenômeno. Já uma afirmação, é um elemento essencial na construção do conhecimento científico. A afirmação não relacional corresponde a uma definição teórica ou operacional do conceito (WALKER; AVANT, 2011).

Nesta teoria, os conceitos elaborados emergiram dos dados analisados, como descrito anteriormente, em que se buscou descrever, explicar e prever a condição existencial do ser no mundo da DRC. Tais conceitos são apresentados a seguir:

Ser paciente – “ser-no-mundo da doença renal crônica”, complexo, que apresenta muitas especificidades e que, a partir do diagnóstico da enfermidade, vivencia a angústia deste mundo, frente a tantas incertezas que dificultam vislumbrar suas potencialidades. Neste sentido, é um ser que apresenta medo, tristeza, desesperança, momentos de raiva, luto e sofrimento pela perda da autonomia e insegurança por viver constantemente a proximidade com a morte. Contudo, na relação com outros seres, ao desvelar este mundo nos diferentes encontros de cuidado, percebe possibilidades para seguir sendo, o que lhe dá esperança e alegria em alcançar o seu “ser-mais”.

Ser enfermagem - “ser-no-mundo da doença renal crônica” que cuida, por meio da presença autêntica, olhar atento, movido pela preocupação em resposta a um chamado do “ser paciente”. É complexo, apresenta muitas especificidades, como autonomia para exercer suas atividades, conhecimento específico para criar possibilidades frente aos desafios deste mundo, criatividade e empatia para perceber e estabelecer vínculo com outros seres envolvidos neste contexto. Como ser singular, sente-se feliz e privilegiado por pertencer a este mundo, mas sofre e sente frustração ao perceber que o “ser paciente” não consegue transcender as incertezas da enfermidade.

Ser sendo no mundo da DRC - é uma estratégia do “ser paciente”, relacionada aos sentimentos e à luta que este “ser” precisa transcender para seguir existindo, logo, coexistindo,

para desvelar-se em presença autêntica rumo a finitude de sua obra, ou seja, de si mesmo enquanto existência.

Perda de autonomia pelas limitações - é uma resultante da condição de “ser paciente” no mundo da DRC, que produz modificações na vida diária, com imposição de restrições de atividades com relevância social, profissional, pessoal e familiar.

Acostumado a ser cuidado - é uma estratégia que reflete a postura mais exigente do “ser paciente” em relação ao “ser enfermagem” e aos seus familiares, demandando mais atenção de ambos, na medida em que aceita passivamente sua condição de estar no mundo da DRC e renuncia sua responsabilidade de fazer escolhas em direção a seu projetar-se no mundo, transferindo essas para os profissionais e familiares.

Transcendendo a DRC - é resultante do sentimento de pertencimento que o “ser paciente” vai desenvolvendo no mundo da DRC, ao contar com o apoio de familiares e equipe de enfermagem, o que lhe permite ter uma perspectiva de futuro, expressar gratidão pelo tratamento recebido e até planejar sonhos.

Desvelando possibilidades - é uma estratégia do “ser enfermagem” no caminho de desenvolvimento pessoal e profissional em direção ao seu “ser mais”, bem como, de autorrealização e uso autêntico de si mesmo como um instrumento do cuidado humano, frente às mudanças no perfil dos pacientes, bem como dos avanços das tecnologias disponíveis para exercer o cuidado.

Mediação - é o elemento intersubjetivo de “estar com o outro” e “fazer com o outro”, por meio da habilidade do “ser enfermagem” em transcender as ausências que vão surgindo durante o diálogo vivido da enfermagem, exercendo outros papéis, assumindo a referência do cuidado, sendo linha de frente na comunicação entre os seres inseridos no mundo da DRC, além de cobrar respostas do “ser paciente” em atenção ao tratamento estabelecido.

Estabelecendo vínculos - trata-se de estar em constante relacionamento com o mundo da DRC, permitindo-se conhecer a si e ao outro. Envolve sempre um chamado e uma resposta entre os seres envolvidos neste mundo, com autenticidade, confiança, empatia e capacidade para ouvir, entender as necessidades e se permitir aprender juntos. É uma ação que requer um acolhimento do “ser paciente” pelo “ser enfermagem”, possibilitando que se construa uma relação de segurança e confiança, facilitando o desvelar do ser no mundo da DRC e criando um sentimento de pertencimento.

Tornando-se uma família - é uma resultante do sentimento de pertencimento desenvolvido pelo vínculo formado entre os seres no mundo da DRC, durante os diferentes encontros de cuidado, em que se estabelecem relações de apoio e de limites entre os seres.

Adaptando a realidade - é uma estratégia para o ser no mundo da DRC seguir existindo, como uma atitude constante a ser descoberta em meio as limitações que a DRC impõe e que são influenciadas pela modalidade de TRS escolhida pelo “ser paciente”, pelo tempo e pelo ambiente, que é dinâmico.

Estabelecendo um espaço de convivência - é resultante da ação de adaptar a realidade, em que é possível o “estar com” ou “ser com” os outros seres no mundo da DRC, entendendo que ser é existir em comum com os outros, e gerando, assim, um espaço seguro, personalizado, que tem vida, e permite o compartilhar de experiências, o coexistir.

Temporalidade - é o transcorrer do tempo, passado, presente e futuro, compreendido como uma tensão contínua entre o ser e o mundo, entendendo que existe uma experiência do tempo interno do ser, onde reside a autoconsciência, e do tempo externo, inerente às coisas do mundo, e que é na experiência da temporalidade e da existência resolvida que se radica o cuidado, que permite que o ser desenvolva um sentimento de pertencimento.

Tornando-se uma rotina - é resultante da adaptação da realidade vinculada com a temporalidade do ser, que ao vivenciar o mundo da DRC, cria vínculos, se familiariza com o ambiente e, no transcorrer de seu tempo interno, vai adaptando-se a esta nova realidade, buscando estratégias em direção ao seu “ser-mais”.

Renunciando suas possibilidades – é uma estratégia em que o “ser paciente” nega sua condição de estar doente, vivenciando fases de altos e baixos emocionais, em que o medo, a ansiedade, sentimento de ruptura e perda de sua autonomia, o levam a se sabotar e se colocar em risco.

Aceitando a DRC – condição resultante em que o “ser paciente” compreende que está doente, mas que não está só, que pode ter uma rede de apoio para lhe ajudar, e que existe a possibilidades de seguir se projetando no mundo em direção ao seu “ser-mais” por meio de uma TRS.

Projetando-se no mundo da DRC – condição resultante do “ser paciente” em direção a si mesmo, aderindo ao tratamento, na luta por sobreviver neste mundo, refazer seus sonhos e seguir existindo. Exige conhecimento de si, de sua doença e de suas possibilidades de ser, permitindo o compartilhar de experiências com outros seres neste mundo, para juntos, seguirem projetando-se.

Reconhecendo as incertezas – capacidade de compreender que o mundo da DRC é imprevisível, dinâmico e requer a habilidade de reagir aos acontecimentos com serenidade para seguir sendo.

Estabelecendo estratégias de enfrentamento – é uma estratégia do ser no mundo da DRC para enfrentar os desafios impostos pela doença, que se concretiza por meio do compartilhamento de experiências entre os seres deste mundo, embasado numa comunicação efetiva, que fornece recursos para ressignificar suas vivências para seguirem se projetando no mundo.

Projetando possibilidades para transcender – capacidade de o ser-no-mundo da DRC se reinventar para atender às demandas de seu entorno imediato e encontrar um equilíbrio entre suas expectativas e a situação que está vivenciando, o que ocorre com o passar do tempo, em que vai incorporando a rotina diária, com o auxílio de novas tecnologias e práticas de cuidado.

7.4 AFIRMAÇÕES RELACIONAIS ENTRE OS CONCEITOS DA TEORIA

As afirmações relacionais referem algum tipo de relação entre dois ou mais conceitos da teoria, sendo que podem afirmar uma associação (correlação) ou causalidade. Na construção de uma teoria é necessário que se estabeleça relação entre os conceitos, sendo a partir do agrupamento destes que se constrói a teoria (WALKER; AVANT, 2011).

Conforme o método utilizado na TFD, essas afirmações são realizadas durante a análise dos dados, à medida em que vão sendo realizadas as codificações em direção à construção das categorias, por meio da criação das hipóteses que vão direcionando a amostragem teórica e a relação entre cada código criado.

Neste sentido, apresenta-se as afirmações relacionais identificadas nas três categorias descritas na teoria.

- No mundo da DRC desvela-se o “ser paciente” e o “ser enfermagem” por meio de um encontro motivado pela preocupação;

- “Encontrando-se” depende da disposição do “ser paciente” e do “ser enfermagem”, que necessitam estar abertos para desvelar um ao outro; portanto, modula o estabelecimento de vínculos entre “ser paciente” e “ser enfermagem” em direção a tornarem-se uma família e influencia o desvelar do ser no mundo da DRC;

- “Estabelecendo vínculos” influencia a qualidade do encontro e a possibilidade de tornarem-se uma família;

- “Estar presente” influencia a qualidade com que o “ser enfermagem” exerce seu papel de mediador e desvela possibilidades para cuidar do “ser paciente”;
- “Sendo mediador” influencia o “ser enfermagem” no desvelar de possibilidades em direção ao “ser paciente” durante os encontros de cuidado;
- “Desvelando possibilidades” modula o “ser enfermagem” no cuidado ao “ser paciente”;
- “Preocupando-se” influencia na resposta do “ser enfermagem” ao “ser paciente”, sendo modulado pelo “sendo empático”;
- “Ser paciente” sofre influência de “acostumado a ser cuidado”, “ser sendo no mundo da DRC”, “perdendo a autonomia pelas limitações” e “transcendendo a DRC”;
- “Acostumado a ser cuidado” interfere em como o “ser paciente” vai ao encontro de cuidado;
- “Ser sendo no mundo da DRC” influencia a postura do “ser paciente” no mundo da DRC;
- “Perdendo a autonomia pelas limitações” interfere nas escolhas que o “ser paciente” faz no mundo da DRC;
- “Transcendendo a DRC” modula as escolhas do “ser paciente” em direção ao seu “ser-mais”;
- O “contexto de cuidado” sofre influência do “ambiente” e da “temporalidade”;
- “Passando o tempo” modula o “tornando-se uma rotina” e “adaptando a realidade” e influencia na “temporalidade”, no “contexto de cuidado” e em “estabelecendo um espaço de convivência”;
- O “ambiente”, a “adaptação da realidade” e o “estabelecimento de um espaço de convivência” influenciam um ao outro constantemente, de maneira recíproca;
- A “temporalidade” influencia no “tornando-se uma rotina”;
- “Transcendendo o mundo da DRC” sofre interferência das angústias dos seres no mundo da DRC, sendo influenciado pela “motivação para transcender” e pelo “aceitando a DRC”, modulando o “projetando possibilidades para transcender”;
- “Angústias dos seres no mundo da DRC” interfere no “transcendendo o mundo da DRC”, sofrendo influência do “Reconhecendo as incertezas”;
- “Motivando para transcender” influencia a “aceitação da DRC”, no “projetando possibilidades para transcender” e no “transcendendo o mundo da DRC”;
- “Aceitando a DRC” sofre interferência de “renunciando suas possibilidades”, ao mesmo tempo que influencia esta, e que modula o “projetando-se no mundo da DRC”;

- “Estabelecendo estratégia de enfrentamento” modula o “projetar possibilidades para transcender”.

7.5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC contém afirmações proposicionais que podem se comprovar de forma independente ou como um todo:

Desvelar os seres no mundo da DRC pressupõe um encontro, em que a presença do “ser enfermagem” permite que este vá ao “ser paciente” com uma postura empática, em resposta a um chamado que está implicado em preocupação. Nestes encontros, os seres no mundo da DRC, no diálogo vivido, vão estabelecendo vínculos que propiciam o conhecimento de si e do outro, experienciando uma relação EU-TU, em que o “ser paciente”, apesar de todas as limitações impostas pela DRC, por meio da mediação do “ser enfermagem”, que desvela novas possibilidades para cuidá-lo, acha forças para “ser sendo” neste mundo e, assim, transcender a DRC. Nesta trajetória, ao revelarem-se, os seres no mundo da DRC compartilham experiências no contexto de cuidado que os aproximam, e passam a coexistir, tornando-se uma família, e seguem juntos, projetando-se em direção ao seu “ser-mais”.

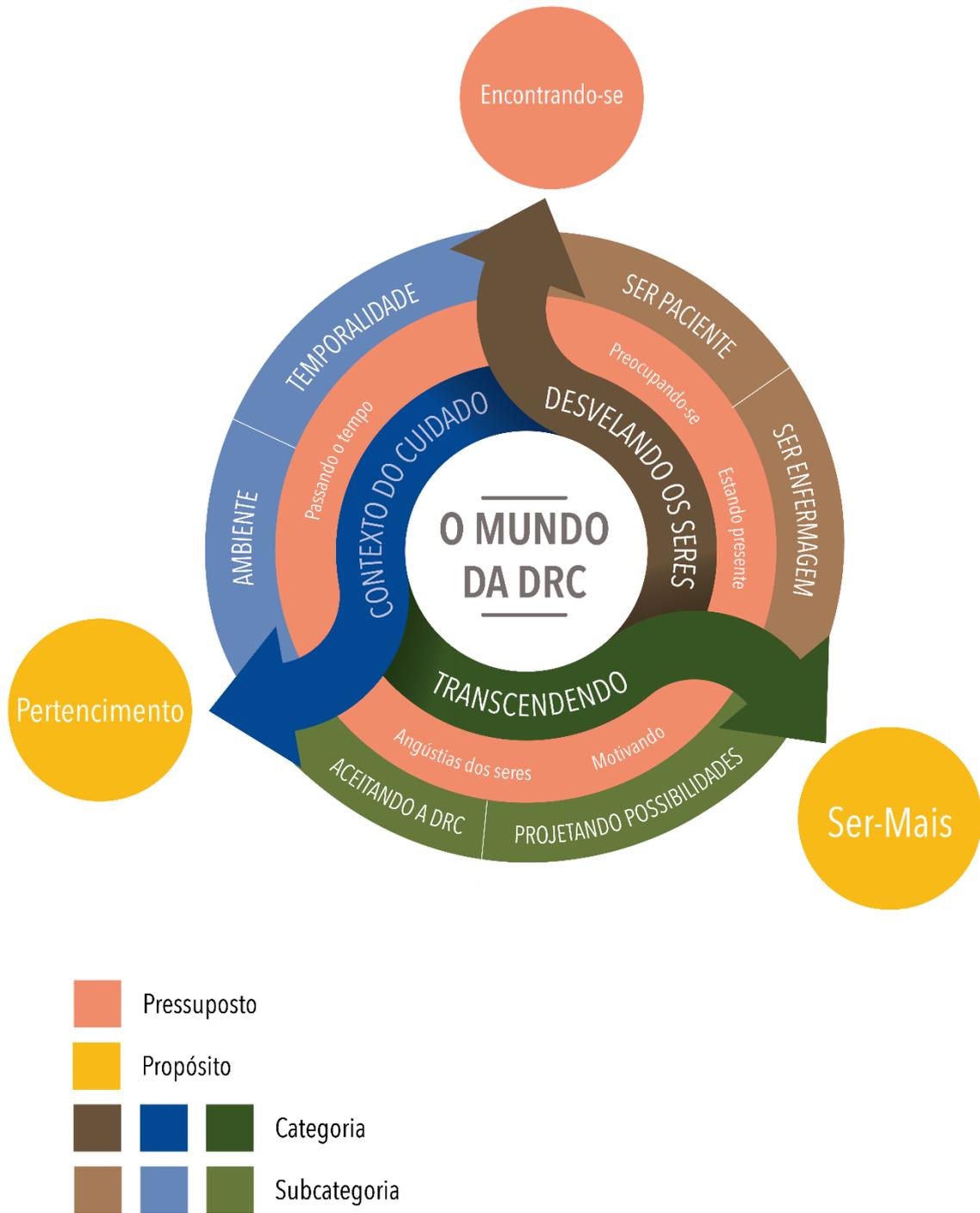
Neste sentido, entende-se o contexto do cuidado como um ambiente que é um espaço vivo, dinâmico, de interrelações entre os seres no mundo da DRC, que na temporalidade de cada um, coexistem em busca de adaptar a realidade para melhor estar neste mundo. Neste cenário, o cuidado acontece quando se estabelece um espaço de convívio social, que permite que os seres no mundo da DRC busquem o pertencimento a este ambiente, possibilitando confraternizações, amizades, descontração, às vezes sofrimento e choro, estudo, transcendência, e assim, o seguir sendo neste mundo.

Transcender o mundo da DRC requer do “ser paciente” aceitação da DRC com toda sua complexidade, e, assim, ao encontrar-se com o “ser enfermagem”, juntos compartilham suas angústias, desvelando este mundo, buscando motivarem-se para seguir sendo e, assim, projetarem possibilidades para alcançarem seu melhor potencial, ou seja, seu “ser-mais”.

7.6 MODELO DA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC

A figura 9 apresenta o modelo da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

FIGURA 9 – Modelo da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.



Fonte: autora, 2021.

8 PRÁTICA BASEADA NA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC

A prática baseada em evidências (PBE) assemelha-se à prática baseada em pesquisas. É uma abordagem à solução de problemas que, de forma conscienciosa, usa a melhor evidência atual no cuidado de pacientes. Entretanto, se faz necessário estabelecer o limite do uso da PBE mais concentrada na ciência do que na arte da enfermagem, pois a concentração rígida em conhecimentos de base empírica pode levar a um fracasso em captar a singularidade da enfermagem e a importância do cuidado holístico na prática contemporânea, ou seja, desconsiderando o cuidado individualizado do paciente (McEWEN; WILLS, 2016)

Entende-se, assim, que a prática é o fenômeno central e essencial, e o foco da enfermagem, além de, possivelmente, razão de sua existência. Portanto, é fundamental lembrar que a teoria orienta a prática e ainda gera modelos para testes de pesquisas, por meio da PBE. Assim como a pesquisa e os dados clínicos propiciam evidências para a PBE, podendo dar origem a diretrizes de prática e/ou teorias. Neste sentido, para a enfermagem, a prática deve não apenas se basear em evidências, mas também em teorias, uma vez que, quando a pesquisa confirma uma teoria, oferece as evidências exigidas para a Prática Baseada em Teorias (McEWEN; WILLS, 2016; WALKER; AVANT, 2011).

Frente ao exposto, acredita-se ser relevante pensar a prática de cuidado ao “ser paciente” renal crônico sob a ótica da TMA da dimensão existencial do ser-no-mundo da DRC com base na enfermerologia fenomenológica de Paterson e Zderad (1979).

Fase – Preparação da enfermagem cognoscente

O “ser enfermagem” precisa se apropriar do mundo da DRC, conhecer o ambiente, seus objetos, estar atento a seu ritmo. É importante reconhecer os outros seres que irão compartilhar estas vivências de cuidado, estabelecendo os limites de cada um, mas também a rede de apoio necessária para atender às complexidades do “ser paciente”.

É nesta fase que o “ser enfermagem” busca no conhecimento científico se instrumentalizar para atender as demandas do “ser paciente”, tendo autonomia para prescrever e gerenciar o cuidado. Entretanto, é importante que o “ser enfermagem” também se aproprie do conhecimento de si, de seus sentimentos em relação a este mundo complexo da DRC, bem como das habilidades para coexistir ali.

Reconhecer-se neste mundo da DRC é saber que haverá momentos de frustração e de tristeza ao ver o sofrimento alheio, mas sob um olhar empático, mostrando-se atento, o “ser enfermagem” vai ao encontro do cuidado, com presença autêntica para acolher o “ser paciente”

e motivá-lo, com intuito de ofertar o cuidado necessário para que este desenvolva o seu “ser-mais”.

Fase II – A enfermagem conhece intuitivamente o outro

O “ser enfermagem” tem a oportunidade, ao compartilhar o mundo da DRC com o “ser paciente”, de conhecer seu ritmo e mobilidade. Nesta fase ocorre o encontro de cuidado entre o “ser enfermagem” e o “ser paciente”, em que ambos se desvelam um ao outro.

Neste sentido, é preciso identificar as evidências qualitativas que, muitas vezes, ficam obscuras diante dos dados clínicos mensuráveis, que são mais facilmente reconhecidos. Assim, é necessário estar atento para perceber o rancor, a raiva, a tristeza e o medo desse novo mundo manifestos em um olhar apático, na expressão facial de tristeza, no silêncio que muitas vezes significa o abandono de si e a negação de sua situação.

Além disso, conforme sinalizado pela teoria, é importante identificar se o “ser paciente” possui uma rede de apoio familiar e até de amigos, que contribuam para motivá-lo a “ser sendo” neste mundo. Logo, é necessário reconhecer sinais de isolamento social e de abandono de si, como não tomar banho, não realizar adequadamente sua higiene pessoal, não querer conversar com outros seres, apresentar um olhar apático e desinteresse nas coisas do mundo.

Somando-se a isso, possibilitar que o “ser paciente” possa fazer escolhas em relação ao seu tratamento contribui para que ele assuma a responsabilidade por si, diminuindo a dependência e a desconstrução da postura de passividade que muitos adotam, o que se reflete na recuperação de parte de sua autonomia que foi perdida. Entretanto, para que isto ocorra, se faz necessário que o “ser paciente” tenha clareza do seu diagnóstico e de suas possibilidades para seguir se projetando no mundo, impactando na aceitação de sua condição e, logo, na adesão ao tratamento.

Ao encontro disso, nesta fase, também se faz necessário estar atento a possíveis alterações da autoimagem que acabam refletindo de forma negativa no tratamento do “ser paciente”. É preciso sensibilidade do “ser enfermagem” para reconhecer sinais de vergonha do seu corpo, por meio do uso de roupas que escondam a fístula, ou cateter, ou colocações de se sentir constrangido e até de sinalizar muitas dificuldades para seguir em frente devido a estas alterações. Isso vem ao encontro também das restrições alimentares exigidas pela DRC, que ocasionam períodos recorrentes de renúncia ao tratamento, em que o “ser paciente” se expõe a situações de risco, precisando de cuidados mais intensivos.

Fase III – A enfermagem conhece cientificamente o outro

Nesta fase, inicia-se a correlação entre os sinais e sintomas identificados para que o “ser enfermagem” possa estar refletindo, analisando, relacionando, interpretando e nomeando esses

achados em diagnósticos de enfermagem. Neste sentido, a TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC pode auxiliar na identificação de diagnósticos de enfermagem que venham ao encontro das evidências qualitativas relacionadas ao “ser paciente” no mundo da DRC, bem como estabelecer as intervenções que venham ao encontro de proporcionar o cuidado adequado para que o “ser paciente” desenvolva o seu “ser-mais”.

Fase IV – O “ser enfermagem” sintetiza complementarmente as realidades conhecidas

Nesta fase, o “ser enfermagem” compara e sintetiza múltiplas realidades vivenciadas, a fim de ampliar sua visão sobre o mundo da DRC, permitindo a compreensão acerca do “ser paciente”, dialogando com as realidades conhecidas e admitindo as diferenças.

Deste modo, o “ser enfermagem” se depara com diferentes possibilidades de planejar o cuidado ao “ser paciente”, buscando, nas suas experiências compartilhadas com seus pares e com o “ser paciente”, alternativas para que este consiga desenvolver seu “ser-mais”, ampliando sua visão acerca deste mundo.

A partir desta fase, é possível medir os resultados com base nos cuidados que foram planejados, e refletir sobre esta nova realidade, o que deve ser feito constantemente, ao longo de toda a TRS. Neste sentido, tanto o “ser enfermagem”, quanto o “ser paciente” tem possibilidade de alcançar o seu “ser-mais” e de se sentirem pertencendo ao mundo da DRC.

Fase V – Sucessão do “Nós” para o único paradoxal como processo interno da Enfermagem

Nesta fase, o “ser enfermagem” pode corrigir perspicazmente e expandir seu próprio ponto de vista ao relacionar e considerar as relações entre os múltiplos pontos de vista. Envolve o processo descritivo da experiência vivida, por meio da evolução diária, avaliação dos resultados alcançados e dos pontos que ainda precisam ser melhorados. Portanto, é um momento de refinamento da captação intuitiva adquirida anteriormente para conduzir a compreensão de um fenômeno como um todo coerente (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

Ou seja, com base em tudo que experienciou, analisando os resultados que alcançou junto com o “ser paciente”, o “ser enfermagem” consolida um conhecimento sobre o mundo da DRC que poderá impulsionar a disciplina da enfermagem em direção à prática baseada nas evidências qualitativas presentes neste contexto de cuidado.

8.1 OPERACIONALIZAÇÃO DA TMA DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO SER NO MUNDO DA DRC PARA ORIENTAR O CUIDADO

Conforme as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC (BRASIL, 2014), deve-se indicar TRS para o “ser paciente” com TFG de menos de 10 ml / min / 1,73 m². No “ser paciente” diabético menor de 18 anos, a TRS pode ser indicada quando a TFG é inferior a 15 ml / min / 1,73 m². Em todas estas situações, deve-se respeitar a condição clínica do “ser paciente” e a alteração laboratorial.

A escolha da TRS deve considerar, principalmente, o “ser paciente”, assim como sua condição clínica, de acordo com a avaliação da equipe multiprofissional. Antes do começo da TRS, recomenda-se que o “ser paciente” seja orientado sobre seu diagnóstico, possibilidades de tratamento, e, assim, possa escolher a TRS que melhor atenda a suas expectativas, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Apresenta-se, a seguir, no quadro 14, um checklist para operacionalização da TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC, a fim de orientar o “ser enfermagem” a identificar as evidências qualitativas, presentes no contexto de cuidado no mundo da DRC, enfatizando a importância da presença do “ser enfermagem” para que o encontro de cuidado se realize, permitindo uma relação “Eu-Tu”, entre “ser enfermagem” e “ser paciente”, possibilitando que ambos cheguem ao seu “ser-mais”, que vem ao encontro da Fase II da enfermerologia.

QUADRO 14 – Operacionalização da TMA da dimensão existencial para orientar o cuidado ao “ser paciente” no mundo da DRC

<u>Operacionalização da TMA da dimensão existencial para orientar o cuidado ao “ser paciente” no mundo da DRC</u>	
Acolhimento do “ser paciente”	
<u>1. Desvelando o “ser paciente”</u>	
Nome: _____	
Causas da DRC:	
<input type="checkbox"/> Proteinúria ou hematúria	<input type="checkbox"/> Alteração no exame de imagem
Exame de resumo de urina (EQU): _____ Data: _____	
DM <input type="checkbox"/> Se sim, Glicose sanguínea: _____	
Hemoglobina glicosilada: _____ Data do exame: _____	
HAS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim PA : _____	
Medicação: IECA: _____	BRA: _____
Exames mensais - Data: _____	
<input type="checkbox"/> Creatinina:	<input type="checkbox"/> Ureia: <input type="checkbox"/> Cálcio: <input type="checkbox"/> Fósforo:
<input type="checkbox"/> Hematócrito e hemoglobina:	<input type="checkbox"/> Potássio:

- Ter uma escuta ativa, possibilitando que o “ser paciente” expresse seus medos;
- Oferecer apoio psicológico sempre que possível;
- Estimular a participação em atividades desenvolvidas na unidade pela equipe multiprofissional;
- No caso de a terapia escolhida ser a diálise peritoneal, identificar, junto ao “ser paciente”, possibilidades na comunidade em que este está inserido, de atividades que o motivem e contribuam para uma melhor socialização;
- Explicar as possibilidades para entrar em lista de transplante renal.

Fonte: autora, 2021.

Acredita-se que, por meio deste *checklist* de operacionalização, embasado na TMA da dimensão existencial do ser-no-mundo da DRC, será possível elaborar um cuidado singular, o qual permita que, tanto o “ser enfermagem”, quanto o “ser paciente” vislumbrem possibilidades de seguir se projetando e fazendo escolhas que os levem a desenvolverem o seu “ser-mais”.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, por meio indutivo, fundamentada em dados coletados da prática assistencial. Tal teoria descreve, explica, prediz e prescreve o reconhecimento de evidências qualitativas inerentes à dimensão existencial do ser-no-mundo da DRC.

A TMA dimensão existencial do ser no mundo da DRC é abstrata o suficiente para ser aplicável a qualquer “ser” que adentra o mundo da DRC, em diferentes contextos sociais, culturais, políticos e econômicos, o que lhe confere o nível de abstração de médio alcance.

Os conceitos centrais da teoria foram desvelados à medida em que os dados eram codificados e analisados sob a ótica do referencial da teoria humanística de enfermagem de Paterson e Zderad, bem como da filosofia existencialista, sendo eles: “ser paciente”, “ser enfermagem”, ser sendo no mundo da DRC, perda da autonomia pelas limitações, acostumado a ser cuidado, transcendendo a DRC, desvelando possibilidades, mediação, estabelecendo vínculos, tornando-se uma família, adaptando a realidade, estabelecendo um espaço de convivência, temporalidade, tornando-se uma rotina, renunciando suas possibilidades, aceitando a DRC, projetando-se no mundo da DRC, reconhecendo incertezas, estabelecendo estratégias de enfrentamento, projetando possibilidades para transcender. As relações conceituais foram ilustradas por um modelo teórico da dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

Além disso, esta teoria definiu seus metaparadigmas — pessoa, enfermagem, saúde e ambiente — com um olhar humanista e existencial, lhes conferindo características únicas. Foram também identificados os pressupostos, sendo estes: estando presente, encontrando-se, preocupação, passando o tempo, angústia dos seres no mundo da DRC e motivando para transcender.

A construção dessa teoria embasada em um referencial humanista, o qual busca valorizar a singularidade de cada ser no contexto da DRC, contribui para a consolidação da enfermagem enquanto arte e ciência, porque nasce da prática assistencial e da pesquisa, além de resgatar o que lhe diferencia dentro das disciplinas da saúde, que é o cuidado por excelência.

A discussão fornecida, neste estudo, resgata a importância de se compreender a estrutura do conhecimento na enfermagem, bem como, da importância das teorias para orientar a prática assistencial, as quais conferiram a esta disciplina a condição de ser, mais do que arte, sobretudo, ciência. Ademais, consolida a importância da pesquisa no processo de ensino e aprendizagem,

por meio da incorporação da teoria, orientando a prática assistencial de forma sistematizada, o que facilita a sua compreensão de profissionais e acadêmicos de enfermagem.

Nesse sentido, a TMA da dimensão existencial do ser no mundo da DRC pode ser considerada uma tecnologia leve, pois disponibiliza um instrumento estruturado em formato de checklist para orientar o “ser enfermagem” a identificar as evidências qualitativas presentes no contexto de cuidado do mundo da DRC, as quais configuram a dimensão existencial do “ser”. Além disso, apresenta um modelo conceitual em direção à dimensão existencial do ser no mundo da DRC.

Salienta-se que a construção de uma teoria é um processo moroso, que exige reflexão contínua, o voltar-se para a prática e avaliar, constantemente, se os conceitos encontrados fazem sentido com a realidade vivenciada no contexto de cuidado ao qual se propõe. Frente a isso, reforça-se a necessidade de se aplicar e testar esta teoria de médio alcance, validando-a, assim, na prática clínica.

Isto posto, entende-se como limitação deste estudo a não realização da validação clínica desta teoria no contexto assistencial pelos enfermeiros nefrologistas. Neste sentido, recomenda-se que estudos posteriores sejam realizados com o intuito de concretizar sua validação, e, assim, se necessário, refinar seus conceitos e as relações estabelecidas entre estes.

Espera-se que este estudo possa contribuir com a prática clínica, no contexto da nefrologia, para um olhar mais humanizado, atento às evidências qualitativas, possibilitando um cuidado individualizado, o qual resgata a singularidade de cada ser cuidado, o que vem ao encontro da essência da enfermagem. Mais ainda, que possa servir de referencial teórico em pesquisas futuras para a identificação de diagnósticos de enfermagem na dimensão existencial, com suas respectivas intervenções, contribuindo para a consolidação de uma linguagem padronizada na enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN-HOLLEKIM T. *et al.* Narratives of patient participation in haemodialysis. **J Clin Nurs**, v. 29, p. 2293–2305, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15238
- ARAÚJO, L. M.; ARAÚJO, L. M. Compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de Paterson e Zderad. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 395-400, mai/jun. 2015
- AZZOLIN, K. O. Intervenções de enfermagem no domicílio melhoram conhecimento sobre a doença e tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 44-50, jan.-fev. 2015 DOI: 10.1590/0104-1169.0144.2523
- BARRET, Elizabeth Ann Manhart. What is nursing Science? **Nursing Science Quarterly**, v. 15, n. 1, p. 51-60, 2002.
- BAUMANN, S. L. Making a meaningful contribution to nursing theory. **Nursing Science Quarterly**, v. 25, n. 2, p. 155-159, 2012. DOI: 10.1177/0894318412437947.
- BENDER, M. Models versus theories as a primary carrier of nursing knowledge: A philosophical argument. **Nursing Philosophy**, v. 19, n. e12198, 2018.
- BRANDÃO, M. A. G. *et al.* Teorias de enfermagem na ampliação conceitual de boas práticas de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 577-581, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il.
- BUBER, M. **Eu e Tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2006.
- CAMARGO F.C *et al.* Apreensões de enfermeiros gerentes sobre a prática baseada em evidências. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, 2018. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0109
- CARO, M. M. *et al.* Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliar de Chile. **Enferm Clin**, v. 27, n.6, p. 379-386, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
- CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CORBIN, J.; STRAUSS A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. 4. ed. California: Sage Publications, 2015.

COSTA, R. H. S. *et al.* Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. **J. res. fundam. care online**, v. 7, n. 1, p. 2137-2146, jan./mar, 2015.

CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. G. O. Habilidades de pensamento crítico no processo de diagnóstico em enfermagem. In: HERDMAN T. H. *et al.* (Org.). **PRONANDA**: programa de atualização em diagnósticos de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, Panamericana, Ciclo 4, v.1, p. 09-34, 2016.

CRUZ, M. R. F. *et al.* Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 1, Jan/Mar, p. 36-43, 2016. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v15i1.25399

DANSKI, M. T. R. *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 2, Abr-Jun, 2017. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304.

DANTAS, L.G.; ROCHA, M. S.; CRUZ, C. M. S. Não aderência à hemodiálise, percepção de doença e gravidade da nefropatia avançada. **J. Bras. Nefrol.**, v. 42, n. 4, p. 413-419, 2020. 2020

DAURGIDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de diálise**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

DELMAR, C. Evidence and evaluation – epistemological challenges. **Klinisk Sygepleje**, v. 31, p. 147–152, 2017.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary nursing Knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3. ed. – Philadelphia: F.A. Davis, 2013.

FERREIRA, J. K. A. *et al.* Knowledge: disease process in patients undergoing Hemodialysis. **Invest Educ Enferm**, v. 36, n. 2, p. e04, 2018.

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

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, da divulgação e da utilização do conhecimento da enfermagem. **Rev Bras. Enferm**, v. 66, n. esp., p. 45-60, 2013.

FRANÇA, J. R. F. S. *et al.* Vivência de enfermeiros no cuidado à criança em fase terminal: estudo à luz da Teoria Humanística de Enfermagem. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p. 425-432, 2014

FRANÇA, J. R. F. S. *et al.* Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, maio-jun, 2013.

FRAZÃO, C. M. F. Q. *et al.* Nursing diagnoses in chronic renal failure patients on hemodialysis. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, p. 40-43, 2014.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016.

GÓES, M. G. O. **Ressignificando o adoecimento**: modelo de cuidado espiritual. 2016. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, Brasil, 2016.

GÓMEZ RAMÍREZ, O. J.; CARRILLO GONZÁLEZ, G. M.; ARIAS, E. M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 17, n. 1, p. 60-79, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rubi.1764>

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU S. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificações 2015-2017. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOECK, B.; DELMAR, C. Theoretical development in the contexto of nursing – The hidden epistemology of nursing theory. **Nurs Philos**, v. 19, n. e12196, 2018. <https://doi.org/10.1111/nup.12196>

LACERDA, M. R.; SANTOS J. L. G. *et al.* **Teoria fundamentada em dados**: bases teóricas e metodológicas. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2019.

LANZONI, G. M. M. *et al.* Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 3, p. 580-586, 2011.

LÉLIS, A. L. P. A.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fases da Teoria Humanística: Análise da aplicabilidade em pesquisa. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, Out-Dez, p. 1113-22, 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002140013>

LEMES, M. M. Del D.; BACHION, M. M. Hemodialysis nurses rate nursing diagnoses relevant to clinical practice. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 185-190, 2016.

LÚCIO, I. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém nascido. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 173-180, 2008.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MERCÊS, C. A. M. F.; ROCHA, R. M. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 3, p. 470-5, jul-set, 2006.

MILLS K. *et al.* A systematic analysis of world-wide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. **Kidney International**, v. 88, n.5, p- 950-957, 2015.

MOHAMMADIPOUR, F. *et al.* Concept Development of “Nursing Presence”: Application of Schwartz-Barcott and Kim’s hybrid model. **Asian Nursing Research**, v. 11, p. 19-29, 2017.

MORENO, J. K. *et al.* Síndrome de Burnout e fatores de estresse em enfermeiros nefrologistas. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 865-871, 2018.

NAM, M. S. *et al.* Burden of living with multiple concurrent symptoms in patients with end-stage renal disease. **J Clin Nurs**. v. 29, p. 2589–2601, 2020.

NEBRES, A. P.; NEBRES, C. B. L.; NEBRES, B. L. Extent of hemodialysis nurses’ presence as perceived by Patients. **Belitung Nursing Journal**, v. 6, n.3, p. 67-72, 2020. Doi: <https://doi.org/10.33546/bnj.1091>

NEVES, P. D. M. M. *et al.* Inquérito brasileiro de diálise 2019. **J. Bras. Nefrol.**, v. 43, n. 2, p. 217-227, 2021.

NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, A. L. B. L. Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 54, n. 1, p. 74-80, 2001.

OLIVEIRA, M. F. V; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev Bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 376-80, mar-abr, 2011.

OU, C. H. K.; HALL, W. A.; THORNE, S. E. Can nursing epistemology embrace p-values? **Nurs Philos**, v. 18, n.e12173, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1111/nup.12173>

PALOSKI, G. R. *et al.* Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da COVID-19. **Esc Anna Nery**, v.24, n. esp., 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0287>

PATERSON, J. E.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. Ciudad de México (MEX): Editorial Limusa S.A., 1979.

PELASSIA, J. D. R. Telessaúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil e a enfermagem. **RECOM**, v. 10, n. e4182, 2020. DOI: 10.19175/recom.v10i0.4182

PIEXAK, D. R. *et al.* Percepção de docentes de enfermagem acerca do ambiente no cuidado ao ser humano. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 4, p. 489-93, 2014

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

PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. G. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. **Rev Bras Enferm.**, v.70, nº 6, p. 1191-1198, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0523>

PRIMO, C. C. **Teoria de médio alcance de amamentação: tecnologia de cuidado**. 2015. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2015.

RAMÍREZ-PERDOMO, C. A. Afrontar el tratamiento de la enfermedad renal crónica. **Enferm Nefrol.** v. 22, n. 4, p.379-87, 2019.

SANTOS, D. G.; SÁ, R. N. A existência como “cuidado”: elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. **Revista da abordagem gestáltica**, v. XIX, n. 1, p. 53-59, 2013.

ROBLES, E. M. *et al.* Effectiveness of an educational intervention and physical exercise on the functional capacity of patients on haemodialysis. **EnfermClin.**, v. 28, n. 3, p. 162-170,2018.

RODRÍGUEZ S. *et al.* Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. **Enferm. Univ**, v. 14, n. 3, jul-set, 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.004>.

SALIMENA, A. M. O. *et al.* Sentimentos da pessoa em hemodiálise: percepção da equipe de enfermagem. **RECOM**, v. 8, e2578, 2018.

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T.; MAGALHÃES, L. M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. **Rev Científ. ITPAC**, v. 6, n.3, p. 1-11, jul, 2013.

SANTOS, G. L. C. *et al.* A percepção da pessoa sobre sua condição enquanto doente renal crônico em hemodiálise. **Rev Fun Care Online**, v. 12, jan/dez, p. 636-641, 2020. Doi: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9086>.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 182-88, jan-mar, 2010.

SEIN, K. *et al.* Emotional distress and adjustment in patients with end-stage kidney disease: A qualitative exploration of patient experience in four hospital trusts in the West Midlands, UK. **PLoS ONE**, v. 15, n. 11, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.02416>

SHEN, H. *et al.* Patients’ and healthcare professionals’ beliefs, perceptions and needs towards chronic kidney disease self-management in China: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 11, p. e044059, 2021. doi:10.1136/bmjopen-2020-044059

SILVA, A. V. *et al.* Plantão de escuta: uma aplicação da Teoria Humanística no processo clínico de enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, v. 26, n. e33586, 2018.

SILVA, C. G.; CROSSETTI, M. G. O.; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, M. Enfermagem e “estar com” em um mundo com covid-19: um olhar existencialista. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 42, n. esp, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200383>

SILVA, P. L. N. *et al.* Perception of nurses regarding the systematization of nursing care to the chronic renal patient. **J Nurs UFPE**, v. 9, n. 12, p. 1168-73, 2015.

SILVA, V. A.; MARCON, S. S.; SALES, C. A. Percepções de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 3, p. 408-14, mai-jun, 2014.

SITJAR-SUÑER, M. *et al.* Quality of Life and Social Support of People on Peritoneal Dialysis: Mixed Methods Research. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, p. 4240, 2020. Doi:10.3390/ijerph17124240

SMITH, M. C.; PARKER, M. E. **Nursing theories and nursing practice**. 4. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 2015.

SONG, Y. *et al.* Facilitators and Barriers to Exercise Influenced by Traditional Chinese Culture: A Qualitative Study of Chinese Patients Undergoing Hemodialysis. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 30, n. 6, p. 558–568, 2019.

SPIGOLON, D. N. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: estudo transversal. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 2130-6, 2018.

TAROZZI, M. **O que é a grounded theory?** metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados. Petrópolis: Vozes, 2011.

THOMAS-HAWKINS, C.; LATHAM, C. E.; HAIN, D. J. Emphasizing the value of nephrology nursing through nursing-sensitive indicators: A call for action. **Nephrology Nursing Journal**, v. 44, n. 4, p. 317-325, 2017.

TINÔCO, J. D. S. *et al.* Clinical validation of the nursing diagnosis of ineffective protection in haemodialysis patients. **J Clin Nurs**, v. 27, p. e195—e202, 2018.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5. ed. 2011

WOLF, Z. R.; BAILEY, D. N. Paterson and Zderad's humanistic nursing theory: concepts and applications. **International Journal for Human Caring**, v. 17, n. 4, p. 60-9, 2013.

ZAMPIERON, A. *et al.* Comparison of nephrology nursing interventions across five European countries. **Journal of Renal Care**, v. 35, n. 1, p. 24-32, 2009.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev. Cuid.**, v. 10, n. 3, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – Profissionais de Enfermagem

Entrevista nº..... Data:.....

Data de Nascimento:

Naturalidade:.....

Tempo de exercício da profissão:.....

Tempo de atuação na instituição:.....

Memos:

2- Entrevista

Categoria – Conhecendo a si e ao outro

Subcategorias – Conhecendo o ser enfermagem, Conhecendo o ser paciente, Estabelecendo vínculos e Estar atento

Como a equipe de enfermagem em Nefrologia atuam? O que confere a elas características únicas no universo da enfermagem?

Como é seu processo de trabalho? Usam NANDA, NIC e NOC?

Como veem o paciente com DRC?

Que estratégias utilizam para desenvolver seu trabalho?

Tem apoio de seus pares ou outros profissionais da equipe de saúde?

Como estabelecem vínculos com o paciente e seus familiares?

Tu considerar que os sentimentos ou os aspectos emocionais interferem na situação clínica dos pacientes? Como percebes isso?

Tu consideras que existe uma boa comunicação com a equipe interdisciplinar?

Categoria – Enfrentando Desafios

Subcategorias – Aceitando a doença; Reconhecendo incertezas, Motivando para seguir adiante e Estabelecendo estratégias de enfrentamento

Como é cuidar dos pacientes com DRC?

Como percebes que os pacientes estão reagindo ao tratamento?

O que consideras ser mais difícil para o paciente no contexto da DRC?

Que sinais e sintomas percebes nos pacientes que te fazem crer que eles não estão aderindo o tratamento?

Como tu te sentes quando percebes que o paciente não está seguindo suas intervenções? O que fazes sobre isso?

Quando percebes que o paciente não está motivado para seguir o tratamento? Podes exemplificar?

Tu acreditas que é uma conduta de enfermagem motivá-lo? Como fazes isso?

Que estratégias usas para tentar ajudá-lo?

Categoria – Contexto de Cuidado

Subcategoria – Ambiente e Tempo

Como percebes o ambiente de cuidado ao paciente com DRC?

Como percebes o tempo de adaptação do paciente? Há alguma intervenção de enfermagem que julgas que poderia ajudá-lo?

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Pacientes

Entrevista nº..... Data:.....

Data de Nascimento:

Naturalidade:.....

Terapia renal substitutiva:.....

Tempo em Terapia renal substitutiva:

Memos:

2- Entrevista

Categoria – Conhecendo a si e ao outro

Subcategorias – Conhecendo o ser enfermagem, Conhecendo o ser paciente, Estabelecendo vínculos e Estar atento

Como você se sente realizando uma terapia renal substitutiva?

Descreva como são as enfermeiras que cuidam ou cuidaram de você durante seu tratamento?

Como percebes este cuidado? Poderia me contar?

Que estratégias utiliza para enfrentar as dificuldades que encontra como uma pessoa que tem DRC?

Contas com apoio/ajuda de outras pessoas? Se sim, quem são essas pessoas? É importante para ti tê-las? Poderia me falar sobre isso?

Que sintomas tiveste quando buscaste assistência médica e descobriu a DRC?

Percebeste alguma mudança no seu comportamento ou humor?

Categoria – Enfrentando Desafios

Subcategorias – Aceitando a doença; Reconhecendo incertezas, Motivando para seguir adiante e Estabelecendo estratégias de enfrentamento

Que dificuldades que a DRC trouxe para sua vida?

Quais foram as mudanças que tiveste que fazer em sua vida devido a DRC?

Como foi para ti receber o diagnóstico que estava com DRC e que teria que iniciar uma terapia renal substitutiva? Como você se sentiu?

O que mais te assustou quando recebeste o diagnóstico?

Que estratégias usa para tentar conviver bem com a DRC e seu tratamento?

Categoria – Contexto de Cuidado

Subcategoria – Ambiente e Tempo

Como percebes o ambiente onde realizavas seu tratamento de diálise?

O que achas que poderia melhorar?

Como percebes o tempo durante esta trajetória com a DRC?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – enfermeiros e técnicos de enfermagem

Convido-o a participar do estudo intitulado Teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva, o qual tem por objetivo desenvolver uma teoria de médio alcance da condição existencial do paciente em terapia renal substitutiva com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e é destinado à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. O estudo prevê riscos mínimos, tendo em vista que a pesquisadora irá adotar todas as medidas de segurança para prevenção da COVID-19, usando máscara e face shield para proteção respiratória e álcool gel para higienizar as mãos, além de garantir que não haverá contato físico com os profissionais. Além disso, o estudo prevê apenas entrevista semi-estruturada, a qual poderá desencadear algum tipo de sentimento ou constrangimento no participante. Nessa situação, a entrevista poderá ser interrompida e recomeçar em outro momento ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. As entrevistas ocorrerão de modo virtual, por meio do aplicativo Zoom, sendo previamente agendado, sem causar prejuízos ao tratamento dos participantes, sendo as mesmas gravadas, sem um tempo pré-determinado, em atenção ao método proposto. Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas a dimensão existencial dos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange a execução de um Processo de Enfermagem que pontue a dimensão existencial dos pacientes, qualificando assim a assistência de enfermagem.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo profissional na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Maria da Graça Oliveira Crossetti, pelo telefone (51) 3308-5324, com o pesquisador Carolina Giordani da Silva, pelo telefone (51) 3779-9053 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33598304, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, pelo telefone (51)3308-3738, de segunda à sexta, das 8h às 17h, ou na av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Nome Completo do Participante: _____

Fone: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Carolina Giordani da Silva

Dr.^a Maria da Graça O. Crossetti

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Paciente

Convido-o a participar do estudo intitulado Teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva, o qual tem por objetivo desenvolver uma teoria de médio alcance da condição existencial do paciente em terapia renal substitutiva com base na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e é destinado à elaboração da Tese de Doutorado da pesquisadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti. O estudo prevê riscos mínimos, tendo em vista que a pesquisadora irá adotar todas as medidas de segurança para prevenção da COVID-19, usando máscara e face shield para proteção respiratória e álcool gel para higienizar as mãos, além de garantir que não haverá contato físico com os pacientes. Além disso, o estudo prevê apenas entrevista semi-estruturada, a qual poderá desencadear algum tipo de sentimento ou constrangimento no participante. Nessa situação, a entrevista poderá ser interrompida e recomeçar em outro momento ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. As entrevistas ocorrerão de modo virtual, por meio do aplicativo Zoom, sendo previamente agendado, sem causar prejuízos ao tratamento dos participantes, sendo as mesmas gravadas, sem um tempo pré-determinado, em atenção ao método proposto. Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas a dimensão existencial dos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange a execução de um Processo de Enfermagem que pontue a dimensão existencial dos pacientes, qualificando assim a assistência de enfermagem.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu atendimento na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Maria da Graça Oliveira Crossetti, pelo telefone (51) 3308-5324, com o pesquisador Carolina Giordani da Silva, pelo telefone (51) 3779-9053 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33598304, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, pelo telefone (51)3308-3738, de segunda à sexta, das 8h às 17h, ou na av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro.

Pelo presente consentimento informado declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Nome Completo do Participante: _____

Fone: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Carolina Giordani da Silva

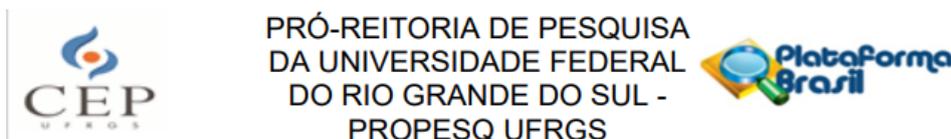
Dr.^a Maria da Graça O. Crossetti

ANEXO 1**INSTRUMENTO PARA CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

Entrevistas	Códigos	Componentes	Subcategorias	Categorias

Fonte: Góes, 2016

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO PACIENTE EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Pesquisador: Maria da Graça Oliveira Crossetti

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 23534719.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.397.585

Apresentação do Projeto:

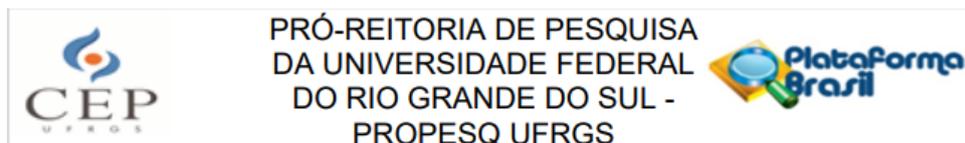
Trata-se do retorno da segunda diligência da Emenda do projeto de Tese da doutoranda Carolina Giordani da Silvado PPGENF, intitulado:

Teoria de Médio Alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com número CAAE:23534719.7.0000.5347 em 20 de novembro de 2019.

Pesquisadora justifica a Emenda "doutoranda estava realizando doutorado sanduíche na Espanha no período de 31 de janeiro até 31 de julho, tendo retornado ao Brasil em 1º de agosto. Conforme metodologia preconizada no projeto, o qual é uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados exige uma inserção no ambiente de cuidado a fim de vivenciar a realidade e também se aproximar dos participantes do estudo para, posteriormente, realizar as entrevistas. Neste sentido, precisaríamos estar adentrando no Serviço de Nefrologia do Hospital de Clínicas para essa aproximação com os pacientes em tratamento renal substitutivo".

Acrescenta ainda que "tendo em vista as restrições provocadas pela Pandemia, mas também o prazo final para o desenvolvimento do projeto, posto que está vinculado a Bolsa de Doutorado da

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.397.585

CAPES, pensamosna alternativa de estar realizando esta coleta de dados de maneira segura para os pacientes e para a aluna,a qual é: A aluna ir a campo para estar se aproximando dos pacientes a fim de conhecê-los, fornecer o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, de acordo com as possibilidades de cada paciente, estar agendando estas entrevistas de maneira virtual.

Assim, solicitamos a aprovação pelo Comitê de Ética para estarmos prosseguindo o desenvolvimento da Pesquisa com essa adaptação da coleta de dados prevista no projeto original".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Desenvolver uma teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva.

Objetivo Secundário:

- Identificar evidências qualitativas inerentes a condição existencial do ser humano no processo de enfermagem aplicado ao paciente em terapia renal substitutiva;

- Estabelecer relações teóricas entre as evidências qualitativas identificadas no paciente em terapia renal substitutiva e a Teoria Humanista de Paterson e Zderad;

- Identificar diagnósticos de enfermagem de acordo com a estrutura da NANDA-I na dimensão existencialista orientado pela Teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva.

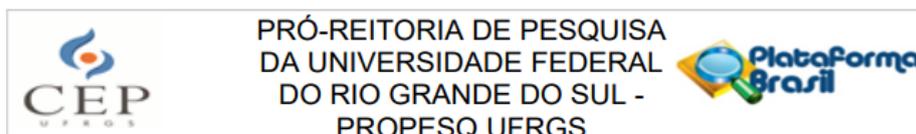
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios sem alterações.

Os riscos foram modificados de acordo coma proposta de coleta de dados da Emenda no TCLE.

Na última diligência os riscos foram alterados na Plataforma Brasil e no projeto.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 4.397.585

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na 2ª versão da Emenda os ricos foram compatibilizados na Plataforma Brasil e projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi inserido o nome e endereço do CEP/UFRGS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas projeto em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminha-se.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1638529_E2.pdf	08/11/2020 12:29:45		Aceito
Outros	RespostaCEPNOV2020.pdf	08/11/2020 12:28:56	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AJUSTADOPROJETO2020.pdf	08/11/2020 12:27:17	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPacientesajustado2020.pdf	08/11/2020 12:26:42	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Outros	EMENDAparaPlataformaBrasil.pdf	23/10/2020 19:02:47	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAajustado2020.pdf	23/10/2020 19:01:33	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	15/10/2019 12:50:56	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Continuação do Parecer: 4.397.585

PORTO ALEGRE, 13 de Novembro de 2020

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

ANEXO 3

<p>HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HCPA UFRGS</p>	
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DA DIMENSÃO EXISTENCIAL DO PACIENTE EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Pesquisador: Maria da Graça Oliveira Crossetti

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23534719.7.3001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.418.222

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo metodológico, que se caracteriza pela investigação dos métodos de obtenção e organização de dados (POLIT; BECK, 2011) de natureza qualitativa, com o referencial metodológico da Teoria Fundamentada em Dados (TFD) segundo Charmaz (2009) e referencial teórico filosófico de Paterson e Zderard (1979), o qual tem por objetivo geral desenvolver uma teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva. Além disso, propõe-se identificar evidências qualitativas inerentes a condição existencial do ser humano no processo de enfermagem aplicado ao paciente em terapia renal substitutiva; estabelecer relações teóricas entre as evidências qualitativas identificadas no paciente em terapia renal substitutiva e a Teoria Humanista de Paterson e Zderad e identificar diagnósticos de enfermagem de acordo com a estrutura da NANDA-I na dimensão existencialista orientado pela Teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva. O estudo acontecerá no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de atenção múltipla, voltado à educação, pesquisa e assistência à saúde. O desenvolvimento da pesquisa ocorrerá no Serviço de Nefrologia, o qual é composto pela unidade de Hemodiálise, que atende pacientes com insuficiência renal aguda ou crônica provenientes de diferentes áreas do hospital (Emergência, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidades de

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229			
Bairro: Santa Cecília		CEP: 90.035-903	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3359-7640	Fax: (51)3359-7640	E-mail: cep@hcpa.edu.br	

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.418.222

Internação Clínica e Cirúrgica e Unidade de Apoio e Diagnóstico) com necessidade de terapia de substituição renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal). A população do estudo será composta por enfermeiros e técnicos que atuam na Unidade de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e pacientes que estão em alguma modalidade de terapia renal substitutiva, definida por conveniência, por meio de convite a participar do estudo. A amostra inicial será de 5 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 9 pacientes. A coleta de dados será por meio de entrevistas semi-estruturada com dados de identificação dos participantes, as quais serão gravadas e transcritas. A entrevista será do tipo intensiva, caracterizada por perguntas amplas e abertas, não valorativas, estimulando o surgimento de afirmações e histórias imprevistas, na qual o entrevistador manifesta o interesse de aprofundar determinado tema. A análise de dados, segundo Charmaz (2009) e os princípios da TFD, ocorre de forma concomitante com a coleta de dados. Além disso, serão construídos os memorandos, que são similares aos diários de campo, os quais detêm os pensamentos do pesquisador, registram as comparações e conexões realizadas, e indicam as questões e as direções a serem seguidas. Após a realização de cada entrevista, a mesma será transcrita e serão realizadas as codificações segundo Charmaz (2009) em direção ao desenvolvimento da Teoria de Médio Alcance da Condição existencial do paciente em terapia renal substitutiva.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL Desenvolver uma teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Identificar evidências qualitativas inerentes a condição existencial do ser humano no processo de enfermagem aplicado ao paciente em terapia renal substitutiva; -Estabelecer relações teóricas entre as evidências qualitativas identificadas no paciente em terapia renal substitutiva e a Teoria Humanista de Paterson e Zderad; - Identificar diagnósticos de enfermagem de acordo com a estrutura da NANDA-I na dimensão existencialista orientado pela Teoria de médio alcance da dimensão existencial do paciente em terapia renal substitutiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo prevê riscos mínimos, considerando o atual momento de pandemia que vivencia-se, entretanto serão adotadas todas as medidas de proteção preconizadas pela Instituição, campo do estudo, como uso de máscara, proteção facial como o face shield e uso de álcool gel para higienização das mãos. Além disso, poderá desencadear algum tipo de sentimento ou

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.418.222

constrangimento no participante. Nessa situação poderá ser interrompido o procedimento e recomeçar após ou mesmo possibilitar que o participante se retire do estudo se assim o desejar. O procedimento implicará em responder algumas questões inerentes aos sentimentos e percepções dos profissionais em relação ao seu trabalho e aos pacientes, em relação a como se sentem durante o tratamento. Benefícios: Os resultados deste estudo poderão contribuir na formulação de ações voltadas a dimensão existencial dos pacientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva, além de preparar os profissionais de saúde, no que tange a execução de um Processo de Enfermagem que pontue a dimensão existencial dos pacientes, qualificando assim a assistência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ec 1 submetida em 08/11/2020.

Carta de respostas das pendências apontadas pelo CEP – UFRGS Tendo em vista as colocações realizadas pelo CEP-UFRGS, todas as pendências foram solucionadas:

- Incluído no projeto todas as alterações solicitadas na Emenda: entrevistas de modo virtual por meio do aplicativo Zoom, com uso de medidas de segurança adotadas pela Instituição, campo do estudo. As alterações estão sublinhadas no capítulo da Metodologia, no item coleta de dados;
- Alterado os riscos na Plataforma Brasil;
- Incluído os contatos do CEP da UFRGS no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adicionados os documentos necessários.

Recomendações:

* Incluir no TCLE o contato eletrônico do CEP/HCPA (cep@hcpa.edu.br) e corrigir a sala para 2229;

* Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de pesquisa possuem algumas restrições. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda não apresenta pendências e está em condições de aprovação. Ver recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ec 1 submetida em 08/11/2020 aprovada, incluindo as Recomendações deste parecer.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.418.222

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	RespostaCEPNOV2020.pdf	08/11/2020 12:28:56	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AJUSTADOPROJETO2020.pdf	08/11/2020 12:27:17	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPacientesajustado2020.pdf	08/11/2020 12:26:42	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito
Outros	EMENDAparaPlataformaBrasil.pdf	23/10/2020 19:02:47	Maria da Graça Oliveira Crossetti	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Novembro de 2020

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))