



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Bianca Martins Dacoregio

**MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA DO IDOSO COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**Florianópolis
2018**

Bianca Martins Dacoregio

**MUDANÇA NOS HÁBITOS DE VIDA DO IDOSO COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

FLORIANÓPOLIS

2018

Ficha Catalográfica

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Dacoregio, Bianca Martins
MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA DO IDOSO COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO / Bianca Martins
Dacoregio ; orientador, Karina Silveira de Almeida
Hammerschmidt, 2018.
112 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

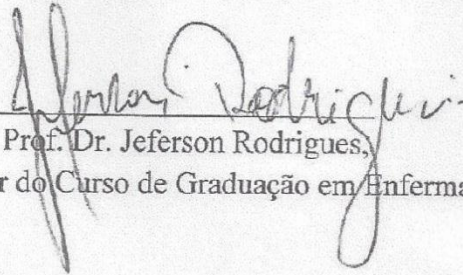
1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Diálise Renal . 4. Adaptação
Psicológica. 5. Cuidados de Enfermagem . I. Silveira de
Almeida Hammerschmidt, Karina . II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

BIANCA MARTINS DACOREGIO

**MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA DO IDOSO COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

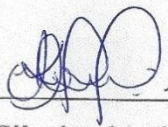
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 31 de outubro de 2018.

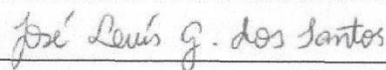


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:

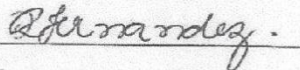


Profª Draª Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Orientadora e Presidente



Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Membro Efetivo



Msc. Darla Lusía Ropelato Fernández

Membro Efetivo

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha grande centelha do amor:

Adelinde da Silva Martins

Apesar da distância física sinto sua proteção e amor incondicional.

Aos tesouros da minha existência:

Eliane Cristina Martins

Luís Felipe Pereira

João Vitor Pereira

Pelo apoio, amor e compreensão em cada detalhe.

Ao grande amor da minha vida:

Danilo Grigoletto Neto

Por estar ao meu lado e me amar, pela nossa sintonia maravilhosa.

A minha orientadora e amiga:

Dra Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Por ter me ensinado não somente sobre a profissão, mas sobre a vida. Por ter me acolhido como uma filha.

AGRADECIMENTOS

A **Sabedoria Universal**, ao **Pai Celestial** por estar dentro de mim, no meu santuário íntimo, onde me sinto amada incondicionalmente e guiada para meu propósito de vida. Gratidão por ter descoberto essa grande Verdade dentro desses cinco anos.

Aos Mentores Espirituais, meus guias, aqueles que torcem por mim do outro lado da vida e que me intuíram lições de amor nessa jornada árdua e rica de aprendizado.

À **minha família**, minha base, meu centro de força, minha harmonia, onde muitas vezes busquei aconchego e carinho diante do cansaço e ausências.

Aos meus avós Adelinde e Evoir por terem me acolhido na família como filha e me cuidado com tantos ensinamentos de puro amor e compaixão.

À **minha mãe**, Cristina meu maior exemplo de ser humano, profissional e mulher. Você me deu a força motriz, foi minha inspiração de dignidade e nobreza, do que é fazer o bem. É a pessoa que mais acredita em mim nessa existência. Te amo.

Aos meus irmãos, Luís Felipe e João Vitor, por serem meus amores da existência, meus grandes zelos pra vida toda. Amo vocês do fundo da alma.

Ao meu grande amor, Danilo, grande companheiro, toda minha gratidão. O amor e carinho que me dedicou foram essenciais em todos os momentos. Você é luz. Te amo.

Ao meu pai/padrinho, Jucemar, por ter cuidado tanto de mim, com amor e proteção. Por estar ao meu lado sempre. Gratidão por ser quem você é.

Ao meu padrinho Ned, por ter zelado por mim, sempre cuidando com carinho desde quando era pequena. Nunca me esquecerei da sua dedicação comigo. Você é tão especial tio.

A minha grande amiga e orientadora Karina, por ser minha mãe acadêmica, minha grande força dentro da Universidade. Obrigada por acreditar em mim. Obrigada por tanto. Você foi essencial.

A minha grande irmã Jéssica, por ter me ajudado em cada momento, pela força, sintonia e preces nesses últimos dez anos. Você sempre acreditou em mim. Gratidão por nós.

A minha grande amiga e irmã Amanda e sua filha Maya, você foi minha grande companheira de estudos, risadas, conversas e conselhos. Gratidão pela sua existência. Gratidão pela Maya que já é tão amada por mim.

Aos meus sogros Ema e Antônio Grigoletto, por terem me acolhido nessa família com muito amor. Obrigada por tantos aprendizados que vivenciamos juntos. O amor é essencial.

A minha grande amiga e irmã, Bruna, por ter me apoiado e me confortado com tantos momentos de risadas, de amor e carinho. Você é luz dentro do meu coração.

A minha tia Nina, minha segunda vó. Seus almoços de domingo, seu abraço gostoso, sua casa sempre aberta. Sempre me apoiou e se preocupou comigo. Gratidão pela sua existência tia.

A minha tia Eva, grande sabedoria que me auxiliou tanto nessa jornada. Você foi essencial. Não tenho palavras para agradecer tudo que você fez por mim. Te admiro e te amo.

Aos meus afilhados Renato e Davi, por serem minha força em momentos difíceis. Por serem sorrisos no meio das dificuldades. Vocês são meus amores.

A minha grande amiga Polliana, por estar ao meu lado nos últimos anos. Tenho tanto a te agradecer, por todos os momentos, por todos os cuidados, pela sua vida.

A minha amiga Beatriz, por conviver comigo nos últimos dez anos e por termos compartilhado tantos momentos bons juntas. Obrigada por estar vibrando sempre por mim.

A minha amiga Sara, por torcer por mim e estar comigo me dando força e coragem nas dificuldades.

As minhas queridas Tay e Ana, que dividiram o lar comigo nesses anos, gratidão por tantos momentos divididos e cheios de amor. Sei que vibram por mim.

Ao meu querido grupo de pesquisa GESPI, por ter me acolhido com amor nos últimos cinco anos e ajudarem a construir e aprofundar meus conhecimentos e, além disso, ser uma família.

Aos meus parceiros de bolsa de extensão, Náisa, Anderson, Suzana e Dani, que foram tão comprometidos e queridos por mim.

Aos meus colegas da universidade, por terem me escolhido amiga de turma, por estarem sempre ao meu lado, por tantos momentos de convivência. Gratidão amores.

A todos que os envolvidos nesse despertar lindo que foi minha graduação: minha eterna gratidão!

RESUMO

Introdução: A complexidade inerente ao ser humano idoso reforça a importância da enfermagem identificar os processos e dificuldades que envolvem a mudança de hábitos para o tratamento da Doença Renal Crônica, além de perceber como os idosos em tratamento hemodialítico enfrentam a resistência em mudar e buscam por melhor qualidade de vida durante seus tratamentos. **Objetivos:** Identificar a percepção do idoso renal crônico sobre as mudanças de hábitos decorrentes do tratamento; descrever como o idoso com doença renal crônica experiêcia seu tratamento hemodialítico; construir teoria interpretativa sobre a possibilidade do prazer para expectativa de viver do idoso com doença renal crônica. **Método:** trata-se de estudo qualitativo orientado pelo método *Grounded Theory*, também chamada de Teoria Fundamentada nos Dados, realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, na Clínica de Tratamento Hemodialítico da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Foi realizada entrevista com utilização de roteiro semiestruturado para coletar dados com 20 idosos que realizam hemodiálise, as questões abordaram a experiência dos pacientes em relação à mudança de hábitos físicos e comportamentais, frente ao processo de saúde e doença, bem como tratamento, além da esperança de viver do idoso com doença renal crônica. A coleta de dados foi realizada de forma simultânea a análise. A análise dos dados deu-se em duas etapas principais: 1) fase inicial com codificação de cada segmento de dado (depoimentos das entrevistas) (palavra por palavra/linha por linha/incidente por incidente); 2) fase seletiva e focada que utiliza códigos iniciais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, mediante parecer de aprovação nº 80653217.3.0000.0121. **Resultados:** obteve-se a categoria central: “Convivendo com o tratamento”, a qual é sustentada por cinco categorias: 1) Enfrentando as dificuldades; 2) Mudando para melhor; 3) Mudando os hábitos de vida; 4) Se apegando a religião/crença e esperança e 5) A família apoiando. **Considerações finais:** os idosos desenvolvem a auto-organização diante de seus processos de mudança de hábitos apesar das dificuldades enfrentadas no tratamento. O processo de mudança de hábitos torna-se real diante de situação limite de saúde/doença. **Descritores:** Idoso; Diálise Renal; Mudança; Comportamento; Adaptação Psicológica e Cuidados de Enfermagem.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.
- Quadro 2** Categorias e subcategorias que compõe o eixo de análise. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.
- Quadro 3** Categorias e subcategorias que compõem o eixo de análise. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Esquema explicativo do caminho metodológico do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.
- Figura 2** Esquema dos resultados do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC	Doença Renal Crônica
FAV	Fístula Arteriovenosa
FG	Filtração Glomerular
HD	Hemodiálise
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TR	Transplante Renal
TSR	Terapia de Substituição Renal
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
DRT	Doença Renal Terminal
CEP	Código de Endereçamento Postal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	17
2. OBJETIVO	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA	21
3.2.1 MANEJO CLÍNICO.....	23
3.2.2 TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.....	26
3.2.3 ACESSO VASCULAR NA HEMODIÁLISE	28
3.2.4 COMPLICAÇÕES DA HEMODIÁLISE	29
3.3 MUDANÇA DE HÁBITOS NO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO	30
4. MARCO TEÓRICO	35
4.1 EDGAR MORIN	35
4.2 OBJETO DE ESTUDO VINCULADO A COMPLEXIDADE	36
5. MÉTODO	44
5.1 TIPO DE ESTUDO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	44
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	47
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO: IDOSOS QUE REALIZAM HEMODIÁLISE	48
5.4 COLETA DE DADOS	48
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	49
5.6 CUIDADOS ÉTICOS	51
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
7. MANUSCRITO	75
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	103
ANEXOS	107

1. INTRODUÇÃO

A humanidade sempre se debruçou nos questionamentos sobre quem é o ser humano e por que temos dificuldades em mudar, tais questões têm impacto na ética, política, medicina, teologia, filosofia, bem como na arte e na literatura. A ciência está descobrindo que há universo imenso e cheio de enigmas, porém, a vida que pulsa dentro de cada ser humano continua sendo o maior deles (CURY, 2014). Sendo assim, questionamentos se baseiam em conhecer esse mundo interno do ser e compreender os motivos que incitam a resistência em mudar (KOURILSKY-BELLIARD, 2004).

O tema mudança é abordado desde o século VI, as três primeiras escolas da filosofia grega, de Tales, Heráclito e Parmênides, já haviam refletido sobre mudança e permanência. Heráclito, filósofo do movimento, ressaltava a experiência da mudança: “Tudo passa... não é possível entrar duas vezes no mesmo rio. Se a ele voltarmos, não só já não seremos os mesmos, mas a água anterior já estará distante: portanto, é um novo rio, uma outra água que experimentamos agora”. Já Parmênides, considerado o filósofo da permanência diz que a mudança implica que haja espaço, vazio ou alteridade. Ele disse: “no ser não existe nada mais além do ser” (KOURILSKY-BELLIARD, p.4, 2004).

Ao cogitar a temática da mudança, na vertente filosófica, não se pode deixar de abordar a ênfase da ciência da saúde, na qual o sistema vivo é regido por duas tendências, uma em direção à evolução, a outra em direção a homeostase. Essa relação entre a homeostase e a evolução gera a complexidade, que envolve comportamentos e hábitos de mudança nos sistemas humanos (KOURILSKY-BELLIARD, 2004). Sendo assim, os aspectos que abarcam a mudança são: consciência e conhecimento científico.

O conhecimento científico faz disjunção entre ciência e consciência. René Descartes em 1649 propõe dois campos de conhecimento totalmente separados e distintos, distingue o problema do ser humano, do homem que reflete sobre si mesmo, denominando do *ego cogitans*. Em contrapartida, refere como problema *res extensa*, aqueles objetos colocados num espaço, racionalidade em se tratando do conhecimento científico (MORIN, 2000).

Sendo assim, historicamente a ciência seguiu a linha de Descartes, na filosofia se fortaleceu o homem como ser reflexivo, ser humano que reflete sobre suas ações e busca pelo autoconhecimento. O conhecimento científico se instituiu excluindo o ser humano do conhecimento, afastando sua subjetividade. Porém, questiona-se é possível separar a subjetividade do ser humano? Há necessidade de religação entre a possibilidade do ser humano de pensar, refletir o conhecimento científico (MORIN, 2000).

O conhecimento científico aponta que as interações entre as moléculas, o comportamento genético, processos de evolução, exteriorizam-se, desaparecendo o princípio da vida. Deste modo conclui-se que os seres vivos são compostos pela mesma química de tudo aquilo que existe no mundo físico, assim nas ciências humanas, o homem desaparece (MORIN, 2000).

Para que o homem reapareça nessa complexa equação conhecida há muitas décadas, é resgatada a cultura humanista, marcada por Montaigne, Voltaire, Rousseau (OLIVEIRA, 2012). A qual aborda questionamentos sobre o homem, sociedade, destino, vida, morte, divisão de mundo. Essa linha de pensamento permite o acesso à cultura, a organização de informações, a reflexão e meditação, permanecendo num nível em que o conhecimento está ligado a vida de cada um e à sua vontade de se situar no Universo (MORIN, 2000).

Dessa forma é possível identificar que a cultura da atualidade possui natureza diferente, que se fundamenta no quantitativo de informações que nenhum espírito humano seria capaz de armazenar. Essas informações sobre o homem, a sociedade, o universo, se restringem a determinados grupos sociais, os quais precisam compreender o vocabulário e conceitos especializados, tornando o conhecimento indiscutível, inviabilizando a reflexão (MORIN, 2000).

Talvez o modo atual de viver, alicerçado no quantitativo e na tecnologia, extrapola as possibilidades de unificação do ser humano, incitando revolução do espírito humano, pois o conhecimento ocluso, não possibilita discussão entre os seres humanos, servindo para ser armazenado e manipulado pelas instâncias anônimas (MORIN, 2000).

Concernente à busca pelo conhecimento, no meio científico, pesquisas geram progresso e conhecimento, porém ainda existe obsessão pelo conhecimento elementar, desconectando-se da complexidade do ser humano (MORIN, 2000). Outro problema encontrado pela ciência atual são questões reflexivas sobre o ser no universo, consideradas como vertentes filosóficas, mas não há como desfragmentar o ser, sendo necessária a reflexão sobre a complexidade inerente a vida (MORIN, 2000).

Deste modo a complexidade pressupõe co-responsabilidade do ser humano sobre sua vida, no qual há autopercepção, reflexão, discussão e contestamento de ações, que geram consciência reflexiva (MORIN, 2000). Essa consciência é essencial no ambiente de saúde, possibilitando autogestão do viver humano, sendo neste íterim o conhecimento científico premissa obrigatória. Convergente a esta corrente, encontra-se a atuação dos profissionais da enfermagem, os quais tem a possibilidade de remodelar as informações do conhecimento científico, tornando-as acessíveis para compreensão dos idosos.

Morin (2000) traz a possibilidade de melhor compreensão das nossas vivências e problemas por meio do conhecimento científico moderno chamado “ecologia”. Esse conhecimento afirma a existência de ecossistema entre os constituintes geológicos, físicos, climáticos, mas também biológicos, sendo multidimensional. Os ecossistemas estão ligados, formando grande conjunto chamado “biosfera”, constituída das coisas vivas. Através desse conhecimento há possibilidade de examinar problemas enfrentados pelos seres humanos em seu ambiente de vida.

Tal conhecimento também aborda a epistemologia moderna, a qual afirma que a teoria científica não é o reflexo da realidade, trata-se de construção do espírito que se esforça para aplicar sobre a realidade. Diante disso, as teorias científicas são construídas pelo espírito, não sendo reflexo da realidade e sim tradução do real por meio da linguagem e cultura. As teorias científicas são produzidas pelo espírito humano, sendo subjetivas; também baseadas em dados científicos e objetivos (MORIN, 2000).

Estes aspectos reforçam a dualidade inerente ao ser humano, presente nos momentos vividos, nos quais a consciência envolve a mudança de paradigma. Este paradigma é aquele que comanda a teoria, sendo o princípio dos princípios, sem que estejamos conscientes de nós mesmos (MORIN, 2000).

Neste contexto da dualidade, encontra-se o ser humano idoso com doença renal crônica, o qual vivencia enfrentamento e superação no cotidiano, reforçando a complexidade da vida, acompanhada da desordem (saúde e doença) necessária para mudança. Essa perspectiva é relatada por Steven Pressfield (2005), que relaciona a vontade e realização com a resistência de mudar, afirmando que há duas vidas, a vida que se vive e a não vivida, entre as duas se encontra a resistência. Frequentemente é necessário vivenciar situações extremas, como estar em risco de vida para vencer a resistência em mudar. Qualquer ato que seja a favor do crescimento, da saúde ou da integridade de longo prazo, ou seja, atitudes que originem da natureza superior e não a inferior evocará a resistência.

Refletindo sobre a resistência é interessante abordar o Mito da Caverna de Platão, na qual os seres humanos tem visão distorcida da realidade, pois no Mito os prisioneiros são os seres que enxergam e acreditam apenas nas imagens criadas pela cultura, conceito e informações que são recebidas durante toda a vida (CARNEIRO, 2016).

Seguindo essa lógica, percebe-se que não bastam os homens serem espectadores da realidade: é fundamental ser agente pensante, que procura fundamentos para as realidades apresentadas e que não se contenta apenas com as sombras, ou com desfiles de marionetes. Ser protagonista é romper os obstáculos, é procurar para além das projeções; é correr riscos,

mesmo que estes contribuam para que o ser humano da busca fique ofuscado diante da luz das descobertas (CARNEIRO, 2016).

Os processos de desenvolvimento do conhecimento do ser humano acontecem geralmente seguidos pela resistência diante do novo e, em segundo estágio, maravilhando-se com a descoberta. É compreensível que isso aconteça, pois estar diante do novo causa impacto, contribuindo para desequilíbrio do idoso que se encontra em processo de aquisição e transformação da mentalidade do real, neste caso o novo pode ser a descoberta da DRC (CARNEIRO, 2016).

Estudos afirmam que o idoso que vivencia a realidade da DRC passa por esses períodos de resistência e mudanças em sua trajetória como todo ser humano. Dethlefsen e Dahlke (2007) defendem a doença como estado do ser que indica consciência em desordem. Os sintomas revelam que o equilíbrio de nossas forças está comprometido e que está faltando algo. Portanto, é essencial compreender através da patologia o que lhes falta, esta ajudará no esforço de desenvolver e tomar consciência sobre si próprio, impulsionando as mudanças necessárias. Deste modo, a doença não é desvio do caminho, pelo contrário, a própria doença pode ser o caminho para qual o ser humano pode seguir rumo à evolução e o conhecimento de si mesmo.

Além desses aspectos, a taxa de filtração glomerular estimada declina, de forma fisiológica, em paralelo à idade, oferecendo ao idoso maior risco de desenvolver a DRC. A metade da população com 75 anos ou mais tem a DRC em diferentes estágios, dessa forma se pode entender a importância de maiores investimentos na pesquisa e aprimoramento de cuidados para atenção à saúde dessa população (PEREIRA et al., 2017).

Diante da complexidade que envolve o ser humano com DRC, a pesquisadora despertou para a temática do estudo durante a graduação, na vivência em atividades teórico práticas e com familiares, além de passar por dificuldades pessoais relacionadas ao processo de mudança de hábitos de vida. A participação no Laboratório de Pesquisas e Tecnologias em Enfermagem, Cuidado em Saúde a Pessoas Idosas e a oportunidade de conviver com idosos com doenças crônicas como bolsista também contribuiu para tais inquietações, despertando questionamentos sobre o tema.

Outro fato que colaborou foi à escassa produção de pesquisas na área, principalmente na enfermagem, pesquisados nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde e Pubmed. Portanto, se reconhece a importância da enfermagem identificar os processos e dificuldades que envolvem a mudança de hábitos para o tratamento da DRC, além de perceber como os

idosos com DRC em tratamento hemodialítico encaram a resistência em mudar e buscam expectativa de vida durante seu tratamento.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Como os idosos com DRC em tratamento hemodialítico experenciam as mudanças de hábitos de vida?

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esse tópico foi realizado no formato de revisão narrativa. A revisão narrativa é feita com base em publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” desse assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise de literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal (ROTHER, 2007).

Dessa maneira, a revisão narrativa permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre temática específica em curto espaço de tempo, porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. O conteúdo a seguir foi pesquisado na Biblioteca Virtual de Saúde e na Pubmed partir dos descritores: Idoso; Diálise Renal; Prazer; Comportamento; Adaptação Psicológica e Cuidados de Enfermagem e então a partir da leitura dos materiais disponíveis é selecionado para a revisão aqueles que se encaixam melhor com a temática e mais atualizados (ROTHER, 2007).

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O número de pessoas que mais cresce em todo o mundo é de idosos (pessoas com idade igual ou maior que 60 anos). Em 2010, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 754,6 milhões de indivíduos estavam nesta faixa etária. Suas projeções apontam para 1,2 bilhões em 2025, podendo chegar a 2 bilhões em 2050. Pela primeira vez na história as pessoas com 60 anos ou mais superarão quantitativamente as crianças menores de 14 anos. Para o Brasil, a perspectiva é de que em 2020 existam 29,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e de 4,7 milhões acima de 80 anos, significando, respectivamente acréscimo de 9,2 milhões e 1,7 milhão de indivíduos na faixa etária de 80 anos ou mais, comparado ao contingente de 2010 (BURLA et al., 2013).

O número de pessoas idosas vem aumentando significativamente, conseqüentemente ao aumento da expectativa de vida. Ao nascer em 2012 à expectativa de vida do brasileiro era de 74,6 anos (IBGE, 2013). No Brasil essa população atingiu em 2010 porcentagem de 11% de idosos com 60 anos ou mais cerca de 20,6 milhões, estima-se que em 2040 essa população seja constituída por 57 milhões de brasileiros idosos (CAMARANO et al., 2013).

O envelhecimento populacional é considerado fenômeno mundial, isso significa que a população idosa está crescendo mais em detrimento de outras faixas etárias o que gera a

necessidade de mais atenção e criação de políticas públicas que abordem as necessidades e peculiaridades desta faixa etária (GESUALDO et al., 2016).

Diante deste quadro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015), afirma que é necessária resposta abrangente da saúde pública. Portanto, os debates têm sido insuficientes e as evidências do que pode ser feito, limitadas. Mas é preciso considerar construção de estratégias para a readaptação do país diante deste cenário de transição demográfica.

Dessa forma se impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Enfrentar o desafio do crescente aumento da população idosa é ação urgente. O país já tem importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados, reflexo de planejamento e prioridades das políticas públicas. Portanto, é preciso que as políticas abranjam intervenções integradas, de modo que assegurem o cuidado às doenças crônicas, fortalecendo a promoção do envelhecimento saudável (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Apesar das mudanças que esse novo perfil demográfico irá gerar, ao invés de ser tratado como problema, o aumento da longevidade humana deve ser motivo de comemoração, pois os dados demonstram que a transição demográfica brasileira representa conquista e responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade. Para isso, é necessário realizar investimentos que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável ao idoso, assim como atenção adequada às suas necessidades (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

De maneira geral, o envelhecimento se caracteriza como processo dinâmico, progressivo e irreversível, no qual estão envolvidos fatores biológicos como alterações celulares e genéticas; fatores e contextos ambientais compostos principalmente pelo estilo de vida e fatores psicossociais que englobam as relações sociais, os papéis desenvolvidos na comunidade e o estado mental do idoso (DUTRA; SILVA, 2014).

Dessa forma, com o aumento da expectativa de vida, o tempo de vida somente não é suficiente para garantir a felicidade da pessoa idosa. É necessário fornecer meios para que esses idosos possam passar esses anos de forma satisfatória, pois vida longa não é mais o único objetivo, além deste estão à autonomia, apoio social, saúde, amor e felicidade, entre outros aspectos que os fazem felizes (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Estudos evidenciam a importância das relações pessoais, apoio social, auto estima e espiritualidade para a qualidade de vida dos idosos, reforçando que esses aspectos não devem

ser negligenciados nessa população, sendo de extrema importância serem abordados e refletidos no cotidiano dos pacientes (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA

Com o aumento da população idosa as doenças crônicas não transmissíveis têm se tornado mais prevalentes, com destaque para a Hipertensão e o Diabetes *Mellitus*, principais responsáveis pela origem da DRC, patologia considerada como problema de saúde pública, que desencadeia diversas complicações, como mortalidade precoce e complicações cardiovasculares (MEIRA et al., 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2014, no Brasil havia 97.586 pessoas em tratamento dialítico, somente em 2012, 34.366 pacientes iniciaram o tratamento, entre os quais 31,9% possuíam idade igual ou superior a 65 anos. Com relação às formas de tratamento renal substitutivo, 91,6% dos pacientes realizavam hemodiálise, em contrapartida 8,4% dos pacientes realizam diálise peritoneal (GESUALDO et al., 2016).

A DRC é caracterizada pela perda progressiva, irreversível e multifatorial da função renal causando diversas complicações, contribuindo para a perda de equilíbrio na filtração e mecanismos hidroeletrólíticos e metabólicos do corpo, podendo levar a falência de outros órgãos. Isso é detectado quando a filtração glomerular (FG) atinge valores inferiores a 15 mL/min, o que é estabelecido pela falência da função renal (FFR). A partir dessas alterações o paciente desenvolve diversas complicações como anemia, acidose metabólica, alteração do metabolismo mineral, desnutrição ou até a morte (MIYAHIRA et al., 2016).

Portanto se trata de termo geral utilizado para alterações progressivas heterogêneas que afeta tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de prognóstico. Trata-se de doença de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução é assintomática. Muitos fatores estão associados à etiologia quanto à progressão para perda de função renal (BRASIL, 2014).

Os indivíduos com maior risco de desenvolver DRC, são pessoas com diabetes (do tipo 1 ou 2); pessoas com hipertensão; idosos; portadores de obesidade ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$); histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca); histórico de DRC na família; tabagismo; uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014).

Após o diagnóstico da DRC, devem ser considerados os preditores de progressão, que são marcadores de que a pessoa com DRC tem pior prognóstico para perda de função renal ao longo da evolução clínica, que são pessoas com níveis pressóricos mal controlados; com níveis glicêmicos mal controlados; com níveis de colesterol mal controlados; estágios da

DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença; presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para a perda de função renal; tabagismo e agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014).

Para compreender melhor é essencial ressaltar a importância da função renal, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido-básico e da pressão arterial. Existem diversas formas de aferir as funções renais, mas do ponto de vista clínico, a função excretora é aquela que tem a maior correlação com os desfechos clínicos (BRASIL, 2014).

Todas as funções renais costumam declinar de forma paralela com a sua função excretora. Na prática clínica, a função excretora renal pode ser medida através da taxa de filtração glomerular. Para o diagnóstico de DRC são utilizados alguns parâmetros como Taxa de Filtração Glomerular (TFG) alterada; TFG normal ou próxima do normal, mas com evidência de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é portador de DRC qualquer pessoa que, independente da causa, apresente pelo menos três meses consecutivos uma TFG < 60 ml/min/1,73m². Nos casos de pacientes com TFG $>$ ou igual a 60 ml/min/1,73m², considerar DRC se associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso ou alteração no exame de imagem (BRASIL, 2014).

São considerados marcadores de dano renal parenquimatoso a albuminúria sendo >30 mg/24 horas ou Relação Albuminúria Creatininúria (RAC) > 30 mg/g; hematúria de origem glomerular, definida pela presença de cilindros hemáticos ou dismorfismo eritrocitário no exame de urina (EAS); alterações eletrolíticas ou outras anormalidades tubulares como, alterações persistentes dos níveis pressóricos de potássio, alterações na dosagem de eletrólitos urinários; alterações detectadas por histologia, através de biópsia renal, realizada para investigação de anormalidades na função renal de etiologia não esclarecida, em casos de proteinúria ou de suspeita de doenças glomerulares (BRASIL, 2014).

As alterações em qualquer exame de imagem como raios-X simples de abdome, ultrassonografia dos rins e vias urinárias ou tomografia, podem ser utilizadas para identificar pacientes com DRC. Algumas alterações no exame de imagem são rins policísticos; hidronefrose; cicatrizes corticais ou alterações da textura cortical; sinais de doença infiltrativa e estenose da artéria renal (BRASIL, 2014).

3.2.1 MANEJO CLÍNICO

A doença renal crônica pode ser dividida em estágios que são descritos a seguir.

O estágio 1 tem a TFG $>$ ou igual a $90\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ na presença de proteinúria ou hematúria glomerular ou alteração no exame de imagem. O acompanhamento dos pacientes deve ser realizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) para tratamento dos fatores de risco modificáveis de progressão da DRC e doença cardiovascular de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde que são controle de glicemia, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, doenças cardiovasculares, tabagismo e adequação do estilo de vida.

A avaliação da TFG e do EAS deverá ser realizada anualmente e esses pacientes devem ser encaminhados para o serviço especializado caso apresentem as seguintes alterações clínicas: RAC acima de $1\text{g}/\text{g}$, se não diabético, e perda de 30% de TFG com Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). Também se recomenda a atualização do calendário vacinal, pois pacientes com DRC devem ser vacinados precocemente por que a redução da TFG está relacionada com redução da capacidade de soroconversão (BRASIL, 2014).

Para os pacientes que estão no estágio 1 se recomenda diminuir a ingestão de sódio (menor que $2\text{g}/\text{dia}$) correspondente a 5g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser contraindicado. Atividade física compatível com a saúde cardiovascular e tolerância: caminhada de trinta minutos cinco vezes por semana para manter $\text{IMC} < 25$; abandono do tabagismo. Para o controle da hipertensão os alvos devem ser: não diabéticos e com $\text{RAC} < 30$: PA $140/90\text{ mmHg}$ e diabéticos e com $\text{RAC} > 30$: $< 130/80\text{ mmHg}$. Para pacientes diabéticos deve-se manter a hemoglobina glicada em torno de 7% (BRASIL, 2014).

O estágio 2 se dá com TFG $>$ ou igual 60 a $89\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. O acompanhamento dessas pessoas deverá ser realizado pela UBS assim como no estágio 1. A avaliação de exames deverá ser realizada anualmente. E deverão ser encaminhados a atenção especializada caso apresentem RAC acima de $1\text{ g}/\text{g}$, se não diabético, e perda de 30% de TFG com IECA ou Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA). As recomendações para o estágio 2 são as mesmas para o estágio 1.

O estágio 3A se dá com TFG $>$ ou igual a 45 a $59\text{ mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$. O acompanhamento deve ser feito na UBS para tratamento dos fatores de risco e controle conforme estágios anteriores. A avaliação da TFG, do EAS, RAC e da dosagem de potássio sérico deve ser realizada anualmente. A dosagem do potássio sérico justifica-se porque a redução da TFG está associada à redução da capacidade de sua excreção, bem como a hipercalemia associada à IECA ou BRA é mais frequente quanto menor for a TFG.

Recomenda-se a dosagem anual do fósforo e do paratormônio (PTH) intacto, e havendo alterações nos seus níveis deve ser encaminhado para o nefrologista. Deverá ser realizado sorologia para hepatite B no início do acompanhamento. As recomendações são idênticas aos estágios anteriores (BRASIL, 2014).

O estágio 3B se dá com TFG > ou igual a 30 a 44 mL/min/1,73m². O acompanhamento deverá também ser feito pela UBS com o mesmo acompanhamento dos estágios anteriores. Havendo necessidade, as unidades de atenção especializadas em DRC poderão matriciar o acompanhamento do paciente nesse estágio da DRC. Esses pacientes devem ser encaminhados às unidades especializadas quando RAC acima de 300 mg/g, se não diabético, e perda de 30% de TFG com IECA e BRA. A avaliação da TFG, EAS e RAC e da dosagem de potássio sérico deverá ser realizada semestralmente. Os demais exames realizados anualmente, como cálcio, fósforo e proteínas totais e frações. As recomendações são as mesmas que os estágios anteriores (BRASIL, 2014).

O estágio 4 se dá com a TFG > ou igual a 15 a 29 ml/MIN/1,73m². O acompanhamento dessas pessoas deverá ser realizado pela equipe multiprofissional composta de no mínimo os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, na atenção especializada mantendo vínculo com a UBS. O tratamento dos fatores de risco deve ser mantido conforme indicado nos estágios anteriores. A avaliação nefrológica deverá ser realizada trimestralmente, ou de acordo com a indicação clínica. Nesse estágio deverá ser realizado o esclarecimento sobre as modalidades de Terapias Renais Substitutivas (TRS) por equipe multiprofissional de atenção especializada, com o registro de tal esclarecimento no prontuário. Caso o paciente opte pela hemodiálise, pode encaminhá-lo, após avaliação, para confecção de fístula arteriovenosa em serviço de referência quando a TFG for menor que 20 mL/min. Em caso de pacientes que optarem por diálise peritoneal, esses poderão ser encaminhados, após avaliação criteriosa pelo médico nefrologista, juntamente com seus familiares, para treinamento com a equipe multidisciplinar. Concomitante, os pacientes podem ser encaminhados para o serviço de referência de implante de cateter em período suficiente para o início programado da diálise (BRASIL, 2014).

Os exames mínimos realizados devem ser na seguinte programação: Trimestralmente: creatinina, uréia, cálcio, fósforo, hematócrito e hemoglobina, ferritina e índice de saturação de transferrina (IST) nos pacientes com anemia e potássio. Semestralmente: PTH, fosfatase alcalina, gasometria venosa ou reserva alcalina, proteínas totais e frações e RAC. Anualmente deverá ser realizado anti-HBs. As recomendações para esses pacientes são as mesmas, porém com redução da ingesta de proteínas para 0,8 g/kg/dia em adultos, acompanhado de adequada

orientação nutricional, devendo-se evitar ingestão maior do que 1,3/kg/dia e indicação de reposição de bicarbonato via oral para pacientes com acidose metabólica, definida por nível sérico de bicarbonato abaixo de 22 mEq/L na gasometria venosa (BRASIL, 2014).

Um dos desfechos temidos pela DRC é essa perda continuada da função renal, processo patológico conhecido como progressão, que pode levar muitos pacientes para a DRC terminal. Pacientes que evoluem para a DRC terminal necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva, sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014).

O estágio 5 não dialítico se dá com TFG <15 mL/min/1,73m², em paciente que não está em TRS. O acompanhamento será pela equipe de saúde especializada e com vínculo na UBS. A avaliação nefrológica deverá ser realizada mensalmente. Nesse estágio deverá ser realizado o preparo para a modalidade de TRS escolhida pelo paciente. As recomendações e exames são os mesmos que o estágio anterior (BRASIL, 2014).

O estágio 5 em diálise se dá com TFG inferior a 10 mL/min/1,73m². Antes do início da TRS é recomendado que o paciente assine termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) sobre a modalidade escolhida e esse termo deve ser anexado ao prontuário. O acompanhamento é feito nas unidades de atenção especializadas em DRC, pelo nefrologista e equipe desse serviço, mantendo vínculo com a UBS, com o tratamento dos fatores de risco modificáveis mantidos. Recomendado ingestão de sódio (menor que 2g/dia) correspondente a 5g de cloreto de sódio, em adultos, a não ser se contra indicado; adequação da ingesta de proteínas de acordo com o estado nutricional, avaliação da hiperfosfatemia e da adequação da diálise. As outras recomendações continuam idênticas aos estágios anteriores (BRASIL, 2014).

Estágio 5 em hemodiálise, devem seguir um cronograma de exames, definido a seguir. Mensalmente: hematócrito, hemoglobina, ureia pré e pós sessão de hemodiálise, sódio, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano. Quando houver elevação de TGP deve-se solicitar: AntiHBc IgM, HbsAg e AntiHCV. A complementação diagnóstica e terapêutica nos casos de diagnóstico de hepatite viral deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados. Trimestralmente: hemograma completo, índice de saturação de transferrina, dosagem de ferritina, fosfatase alcalina, PTH, Proteínas totais e frações e hemoglobina glicosilada para diabéticos. c) Semestralmente: Vitamina D e AntiHBs. Para pacientes susceptíveis, definidos como AntiHBC total ou IgG, AgHBs ou AntiHCV inicialmente negativos, fazer AgHbs e AntiHCV. Anualmente: Colesterol total e frações,

triglicérides, alumínio sérico, glicemia, TSH, T4, dosagem de anticorpos para HIV, Rx de tórax em PA e perfil, ultrassonografia renal e de vias urinárias, eletrocardiograma. Exames eventuais: hemocultura na suspeita de infecção da corrente sanguínea e teste do desferal na suspeita de intoxicação pelo alumínio (BRASIL, 2014).

O estágio 5D em diálise peritoneal, devendo-se destacar que menos de 10% dos pacientes com DRC terminal terá contra indicação para realizar a diálise peritoneal. Para os pacientes que optarem pela diálise peritoneal, recomenda-se uma visita domiciliar para avaliação da adequação ambiental para realização do procedimento. Os exames e periodicidade dos mesmos são idênticos ao tratamento em hemodiálise (BRASIL, 2014).

3.2.2 TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

O número de pacientes com insuficiência renal crônica terminal (IRCT) tratados com terapias renais substitutivas (TRS) cresce mundialmente a uma taxa de aproximadamente, 7% ao ano. Esta taxa excede à taxa de crescimento da população (TEIXEIRA et al., 2015).

No Brasil, entre 2000 e 2006, o crescimento do número de pacientes em diálise foi cerca de 9% ao ano, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) responsável por 89% do financiamento desse tratamento. Levantamentos epidemiológicos estimam que existam mais de 2 milhões de brasileiros portadores de algum grau de disfunção renal, e, destes, cerca de 70% desconhecem o diagnóstico (TEIXEIRA et al., 2015).

Em 2013, o número de pacientes em diálise era de 100.397 pessoas, sendo que 90,8% se encontravam em tratamento por hemodiálise e 9,2% em diálise peritoneal (DP) (GONÇALVES et al., 2015).

Sabe-se que a taxa de filtração glomerular estimada declina, de forma fisiológica, em paralelo à idade, oferecendo aos idosos um maior risco de desenvolver a DRC. A metade da população com 75 anos ou mais tem a DRC em diferentes estágios. Se relacionarmos essa informação à expectativa de vida ao nascer do brasileiro, que era de 75,1 anos em 2014, se entende a importância de maiores investimentos na pesquisa e aprimoramento de cuidados para a atenção à saúde dessa população (PEREIRA et al., 2017).

As três modalidades de tratamento para o paciente com IRCT são hemodiálise (HD), DP ou transplante renal. A HD é a mais utilizada na maioria dos países (TEIXEIRA et al., 2015).

A hemodiálise é utilizada para pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise em curto prazo (dias a semanas), bem como para pacientes com DRC avançada e Doença Renal Terminal (DRT) que precisam de terapia de substituição renal em

longo prazo ou permanente. A hemodiálise evita a morte, porém não cura a doença renal nem compensa a perda das atividades endócrinas ou metabólicas dos rins (SMELTZER et al., 2014).

A hemodiálise tem por objetivo extrair as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remover o excesso de água. Um dialisador (também designado como rim artificial) serve como membrana semipermeável sintética, substituindo os glomérulos e os túbulos renais como filtro para os rins comprometidos. Na hemodiálise, o sangue carregado de toxinas e produtos de degradação nitrogenados é desviado do paciente para uma máquina, o dialisador, onde as toxinas são filtradas e removidas, e o sangue é devolvido ao paciente (SMELTZER et al., 2014).

A hemodiálise baseia-se nos princípios de difusão, osmose e ultrafiltração. As toxinas e os produtos de degradação do sangue são removidos por difusão, deslocam-se de uma área de maior concentração no sangue para uma área de menor concentração no dialisado. O dialisado é uma solução composta de todos os eletrólitos importantes em suas concentrações extracelulares ideais. O nível de eletrólitos no sangue do paciente pode ser controlado por meio de ajuste apropriado do banho do dialisado. A membrana semipermeável impede a difusão de moléculas grandes, como eritrócitos e proteínas (SMELTZER et al., 2014).

O excesso de água é removido do sangue por osmose, com a água movendo-se de uma área de potencial de concentração baixo (o sangue) para uma área de potencial de concentração alto (o banho dialisado). Na ultrafiltração, a água move-se sob alta pressão para uma área de menor pressão. Esse processo é muito mais eficiente do que a osmose na remoção da água e é realizado pela aplicação de pressão negativa ou força de sucção à membrana de diálise. Como os portadores de doença renal são habitualmente incapazes de excretar água, essa força é necessária para remover o líquido, a fim de obter balanço hídrico (SMELTZER et al., 2014).

O sistema-tampão do organismo é mantido utilizando-se um banho de dialisado constituído de bicarbonato (mais comum) ou acetato, que é metabolizado para formar bicarbonato. Administra-se anticoagulante para impedir a coagulação do sangue no circuito de diálise. O sangue limpo é devolvido para o organismo. No final do tratamento, foram removidos muitos produtos de degradação, o equilíbrio hídrico foi restaurado ao normal e o sistema tampão foi repostado (SMELTZER et al., 2014).

É realizada habitualmente três vezes por semana e com durações variadas de três a quatro horas em cada sessão. A diálise peritoneal utiliza à própria superfície peritoneal como membrana para os processos de troca e tem como vantagem potencial a possibilidade de ser

realizada em domicílio. Existe ainda o transplante renal, cuja principal complicação é a rejeição ao órgão doado (GONÇALVES et al., 2015).

3.2.3 ACESSO VASCULAR NA HEMODIÁLISE

O acesso ao sistema vascular do paciente deve ser estabelecido para possibilitar a remoção, limpeza e retorno do sangue ao sistema vascular do paciente, em velocidades de 300 a 80 mL/min. Dispõe-se de vários tipos de acesso. O acesso é realizado pelo acesso imediato à circulação do paciente para hemodiálise aguda e é obtido através da inserção de um cateter de grande calibre, duplo lúmen e sem bainha na veia subclávia, jugular ou femoral pelo médico. Esse método de acesso vascular envolve algum risco (p ex. hematoma, pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia, fluxo inadequado). O cateter é removido quando não é mais necessário (p. ex. visto que a condição do paciente melhorou, ou foi estabelecido outro tipo de acesso (SMELTZER et al., 2014).

O método preferido do acesso permanente é uma fístula arteriovenosa (FAV), que é criada por meios cirúrgicos (habitualmente no antebraço) para unir (anastomosar) uma artéria a uma veia, de modo laterolateral ou terminolateral. As agulhas são inseridas no vaso para obter a passagem de um fluxo sanguíneo adequado através do dialisador. O segmento arterial da fístula é empregado para o fluxo arterial para o dialisador, e o segmento venoso, para a reinflusão do sangue dialisado. Esse acesso necessita de tempo (2 a 3 meses) para “amadurecer” antes que possa ser utilizado. A medida que a FAV amadurece, o segmento venoso dilata-se, devido ao fluxo sanguíneo aumentado que provém diretamente da artéria. Uma vez alcançada uma dilatação suficiente, ela irá acomodar duas agulhas de grande calibre, que são inseridas para cada tratamento de diálise. O paciente é incentivado a realizar vários exercícios com a mão para aumentar o tamanho desses vasos para acomodar as agulhas de grande calibre. Uma vez estabelecido, esse acesso é o que apresenta maior vida útil, constituindo, portanto, a melhor opção de acesso vascular para o paciente submetido à hemodiálise crônica (SMELTZER et al., 2014).

Também se pode criar, subcutaneamente, enxerto arteriovenoso interpondo-se material de enxerto biológico, semibiológico ou sintético entre uma artéria e uma veia. Em geral, cria-se enxerto quando os vasos do paciente não são apropriados para a criação de uma fístula AV. Os pacientes com comprometimento do sistema vascular (p. ex., devido ao diabetes), irão necessitar de um enxerto, visto que seus vasos não são apropriados para a criação de uma fístula AV. A estenose, a infecção e a trombose constituem as complicações mais comuns que resultam em perda desse acesso (SMELTZER et al., 2014).

3.2.4 COMPLICAÇÕES DA HEMODIÁLISE

Embora a hemodiálise possa prolongar a vida, ela não altera o curso natural da DRC subjacente, nem substitui por completo a função renal. As complicações da DRC continuarão se agravando, exigindo tratamento mais agressivo. Com o início da diálise, os distúrbios do metabolismo dos lipídios são acentuados e contribuem para as complicações cardiovasculares. Podem ocorrer insuficiência cardíaca, coronariopatia, angina, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica, podendo incapacitar o paciente. A doença cardiovascular continua sendo a principal causa de morte em pacientes submetidos à diálise (SMELTZER et al., 2014).

A anemia é agravada pela perda de sangue que ocorre durante a hemodiálise. Podem ocorrer úlceras gástricas em consequência do estresse fisiológico da doença crônica, medicamentos e condições médicas preexistentes. Os pacientes com uremia relatam um gosto metálico e a ocorrência de náuseas quando necessitam de diálise. Podem ocorrer vômitos durante o tratamento de diálise na presença de rápidos deslocamentos de líquido e hipotensão. Isso contribui para desnutrição observada em pacientes submetidos à diálise (SMELTZER et al., 2014).

O agravamento do metabolismo do cálcio e a osteodistrofia renal podem resultar em dor e fraturas ósseas, interferindo na mobilidade. Com a continuação do tratamento com diálise, foi relatada a ocorrência de calcificação dos vasos sanguíneos principais, ligada à hipertensão e outras complicações vasculares. Podem ocorrer depósitos de fosfato na pele, causando prurido. Até 85% das pessoas que se submetem a hemodiálise apresentam problemas importantes de sono, que complicam ainda mais seu estado de saúde geral (SMELTZER et al., 2014).

Outras complicações do tratamento com diálise podem incluir episódios de falta de ar à medida que o líquido se acumula entre os tratamentos; hipotensão durante o tratamento; câibras musculares dolorosas, em geral tardiamente na diálise, quando o líquido e os eletrólitos deixam rapidamente o espaço extracelular; as arritmias podem resultar das alterações dos eletrólitos e do pH ou da suspensão dos medicamentos antiarrítmicos durante a diálise; pode ocorrer dor torácica em pacientes com anemia ou com cardiopatia arteriosclerótica; o desequilíbrio da diálise resulta de deslocamento do líquido cerebral (SMELTZER et al., 2014).

3.3 MUDANÇA DE HÁBITOS NO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Estudos realizados comprovam que a dimensão psicológica é a que está mais prejudicada para os idosos que realizam hemodiálise, dados que corroboram para necessidade da inclusão de propostas de cuidado que fortaleçam e propiciem momentos de reflexão sobre diversos aspectos da vida e apoio psicológico (PEREIRA et al., 2017).

O paciente com insuficiência renal crônica convive diariamente com doença incurável e com forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto. Essas limitações repercutem tanto em sua própria vida, quanto em sua família, afetando várias dimensões da vida, seja ela física, psicológica, econômica ou social (COUTINHO; COSTA, 2015).

Em tratamento o idoso fica constantemente exposto a diversos processos inerentes à terapêutica, como o tempo nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, exames laboratoriais, dietas e a expectativa de transplante, que associados à frequente permanência em contextos hospitalares, o que pode contribuir para sintomas depressivos nos idosos e em seus cuidadores (COUTINHO; COSTA, 2015).

Dessa forma o idoso passa por brusca mudança no seu cotidiano, podendo acontecer limitações dolorosas e com pensamentos sobre morte. Sendo que o diagnóstico pode afetar profundamente o conceito de vida para o ser, o que pode despertar a busca de esperança, explicação, cura e entendimento do processo de adoecimento e morte (ALMEIDA et al., 2015).

O impacto do diagnóstico e o tratamento da hemodiálise podem levar os idosos a redimensionar tudo o que era vivido anteriormente, em um processo de revisão de si e suas relações. Neste processo de readaptação biopsicossocial, podem utilizar o saber comum na busca de respostas para as novas vivências, durante esse processo, as pessoas podem passar por etapas de reelaboração e reformulação contínua, que são transladadas no seu modo peculiar de vivenciar a nova realidade (COUTINHO; COSTA, 2015).

Diante dessas situações o idoso pode vivenciar diferentes significados, desde o reconhecimento da doença e do tratamento, até suas consequências, como os efeitos dos medicamentos, limites nos hábitos alimentares e na vida social. Em geral, tais situações podem provocar medo, dúvida e insegurança quanto à cura e à possibilidade de viver. Assim, a insuficiência renal crônica (IRC) pode gerar desordens emocionais, emergindo sentimentos negativos, que quando sobrepostos à condição física afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas (COUTINHO; COSTA, 2015).

Portanto, o tratamento hemodialítico tem potencialidade para causar ruptura no estilo de vida e provocar necessidade de adaptação a esta nova condição. A perda da motivação, concentração, dificuldade na organização e compreensão das informações, fadiga e sono são queixas comuns durante o tratamento. Assim, se torna essencial estimular suas capacidades, habilidades e potencial humano, permitindo que se adaptem positivamente a esta nova maneira de vida a ao seu tratamento (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017).

Para que esses processos ocorram de forma positiva é possível promover ações procurando acoplar atividades no cotidiano que estimulem a habilidade do autocuidado, sendo essencial para a promoção da saúde como estimular a alimentação saudável e sono adequado, além das habilidades incentivando a capacidade de autogerenciamento em relação à doença, como a adesão ao tratamento. A aplicação desses estímulos pode gerar recuperação mais rápida, mantendo a autonomia e a qualidade de vida durante o processo terapêutico. Sendo assim, cabe a equipe de profissionais desenvolverem estratégias para auxiliar no planejamento e intervenções no cuidado destes pacientes (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017).

É possível que no primeiro momento, ao receber o diagnóstico e ao se submeter ao tratamento o idoso pode apresentar resposta de ansiedade e apatia devido ao caráter situação. Porém, à medida que vai se adaptando, tem possibilidade de dar início ao processo de consciência da importância de levar ao melhor estilo de vida, da adesão ao tratamento, conhecimento da doença, entre outras. E assim, começam as estratégias psicológicas, afetivas e sociais que adota diante do seu caso, em uma adaptação integral, compensatória e integradora (AVENDAÑO et al., 2016).

Diante das reflexões geradas por meio das adaptações vividas frente ao tratamento, é possível que haja manifestações de valorização da vida, vivendo-a como se fosse o último dia, apesar de não poder realizar as mesmas atividades de antes. Vivendo de forma mais positiva e encarando o tratamento como uma oportunidade de ser mais saudável e feliz, porém há também muitas formas negativas de enfrentamento reforçando o pessimismo e depressão (AVENDAÑO et al., 2016).

Dessa forma, nesse processo de adaptação é possível compreender os diferentes significados que cada ser humano dá a situação que está vivenciando, de acordo com o que já viveu suas características e sua forma de vida. Já os profissionais podem tender a fornecer apenas cuidados técnicos a partir do seu próprio ponto de vista, ao invés da perspectiva e significado dos pacientes que enfrentam a diálise, muitas vezes deixando de lado as preocupações psicossociais e emocionais do paciente (LIN; HAN; PAN, 2015).

Uma das formas que pode auxiliar neste processo complexo é abordar a dimensão espiritual do paciente, que está diretamente relacionada a encontrar sentido e resposta para aspectos fundamentais da vida por meio de conexão íntima, além de ser a integração de valores, princípios, crenças e força interior, de caráter universal, subjetivo, multidimensional, de transcendência, sendo experimentada individualmente (PILGER et al., 2017).

Outra forma importante é o estímulo da esperança de vida. No entanto, sustentar a esperança ante a doença é processo contínuo e importante, pois estimula o idoso e a família a buscar novos caminhos ou aceitação da nova condição imposta pela doença. Nesse contexto, a espiritualidade também entra como apoio e fortalecimento, para o enfrentamento das dificuldades no cotidiano (OTTAVIANI et al., 2014).

Estimular a esperança pode motivar a esperar por melhoras, desde o momento do diagnóstico da doença até a possível realização do transplante renal, que é considerado procedimento que garante a única expectativa de “cura”, de vida mais longa e de maior qualidade. Associado a essa questão está à dimensão emocional, pois é descrita como relevante na atribuição de significados à vida e como recurso de esperança no enfrentamento de doenças que venham causar mudanças no estado de saúde e sofrimento (OTTAVIANI et al., 2014).

Refletir sobre como se dá esse processo de mudança interna, por meio dos questionamentos sobre o processo saúde doença e melhores hábitos de vida em busca da qualidade de vida diante de tantos obstáculos e rotina exaustiva é primordial para o idoso com DRC (OTTAVIANI et al., 2014). Diante deste cenário é interessante considerar que a doença e eventos estressantes relacionados, além da consciência da mortalidade podem conduzir à auto-consciência e auto-transcendência. Esses momentos difíceis enfrentados na doença podem transcender o seu modo de pensar e fortalecer, portanto, existindo diferenças em termos comportamentais e fisiológicos com respostas adaptativas durante momentos de ansiedade experimentados pelo idoso (PALENCIA et al., 2016).

Pesquisas baseadas em evidências propõem que durante os momentos difíceis da vida os idosos buscam por introspecção e maiores reflexões profundas sobre hábitos que fizeram parte do seu cotidiano e valores íntimos. Essa experiência de perder o controle pessoal vivenciado na doença, pode conduzir à busca por reflexão maior para encontrar o propósito da vida e relevar o que importa realmente, e podendo servir de estratégia de enfrentamento dos obstáculos, pois tem possibilidade de a experiência se tornar mais experiencial e ganhar significado durante momentos de crise (PALENCIA et al., 2016).

Neste âmbito os profissionais de enfermagem têm fundamental importância, pois participam da vivência de momentos difíceis com os idosos que muitas vezes passam por situações que os aproximam da morte. Sendo assim, a enfermagem com base em seu conhecimento, pode intervir em cuidados de forma holística, considerando as dimensões do ser que pode ser fortalecido através de intervenções que visem o bem estar dos idosos nesta dimensão íntima que vivencia questões profundas e complexas neste momento da vida (PALENCIA et al., 2016).

Os profissionais de enfermagem podem agir através de treinamento baseado nas fortalezas dos idosos, que é muito mais poderoso do que tentar melhorar as fraquezas, podendo gerar aos idosos a confiança para fazer mudanças de comportamento que desejam e precisam para viver vidas mais saudáveis (LAWSON et al., 2013).

Dessa forma, é possível se concentrar na mudança de comportamento de saúde, aumentando a motivação intrínseca e auto-eficácia, ensinando as habilidades de autonomia dos pacientes e como se tornar mais capacitado e engajado com base nos seus próprios valores e visão pessoal para a saúde. Poderão ser usadas como estratégias: relacionamento terapêutico, práticas de comunicação autêntica, motivação, teorias de mudança de comportamento, autoconsciência, gerenciamento de estresse e inteligência emocional (LAWSON et al., 2013).

Como forma de colocar em prática, o profissional tem possibilidade de evocar as forças que motivam a pessoa, ao invés de persuadir. Evocar quer dizer lembrar, recordar. Motivação vem de motivo, que quer dizer aquilo que pode fazer mover, motor que causa ou determina alguma coisa. A motivação se trata de um recurso interno e sua evocação traz a proposta de ajudar o paciente a se recordar de elementos próprios e únicos que podem se tornar motivos para que haja uma mudança de comportamento. É preciso ter cuidado para não tentar corrigir no outro aquilo que lhe parece errado, modificando o curso das ações a partir de suas próprias perspectivas ou do local de trabalho (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Além disso, pode se colocar em prática a compaixão, que se dá por promover ativamente o bem estar do outro, priorizando suas necessidades. De acordo com o Dicionário Michaelis (1998, p.544), a compaixão é definida como “dor que nos causa o mal alheio” e é sinônimo de pena e piedade. Em seu sentido etimológico, a compaixão é composta pelo prefixo “com”, que traz a ideia de companhia, e o verbo “partior, pateris, passus sum”, que significa sofrer, suportar. A compaixão é compreendida como o sentimento que se compartilha com o semelhante, que na ética de Schopenhauer, é a saída para o homem ser bondoso e justo, e romper com o egoísmo. Dessa maneira, a compaixão pode ser

compreendida como um meio do profissional se aproximar mais verdadeiramente da pessoa e não do problema dela. Uma vez tendo esse acesso à individualidade de cada um, torna-se possível uma melhor compreensão das complexidades individuais que dificultam as mudanças de comportamento. É um ato de aproximar-se para verdadeiramente ajudar (FIGLIE; GUIMARÃES, 2014).

Dessa forma, diante das vivências com os idosos no cotidiano os profissionais têm oportunidade de afinar os sentimentos de compaixão e amorosidade e isso tem consequências na qualidade do cuidado e pode auxiliar o idoso de alguma forma, compreendendo-o em sua individualidade e complexidade.

4. MARCO TEÓRICO

Neste estudo, se adota como marco teórico, o pensamento complexo de Edgar Morin, que desenvolve estudos nessa área desde os anos 1980 e é considerado um dos principais pensadores contemporâneos da Humanidade. Morin se destaca pelo conceito de complexidade, pois alia as ciências não maximizando a visão das ciências naturais e sim buscando unir a filosofia, ética e reflexão política a formação dos pensamentos transformando a visão sobre ciência, educação e política (BOEIRA et al., 2012).

Para compreender a mudança e a complexidade que envolve esta atitude do idoso com DRC, considerando que esses processos permeiam a imprevisibilidade, é interessante se ater no pensamento pedagógico de Edgar Morin. Com destaque para o princípio da incerteza, pois busca compreender os processos a partir da contradição, recusando a simplificação e propõe paradigma da complexidade na busca de integrar as experiências humanas e do conhecimento como elementos necessários ao equilíbrio de uma educação promissora de transformação, marcado pelo grande encontro do ser humano consigo e com os outros (FREIRE, 2014).

4.1 EDGAR MORIN

Edgar Morin nasceu em 08 de julho de 1921, em Paris na França. Filho de uma família com ascendência judeu-espanhola que migrou para França na primeira década do século XX e cuja liderança era exercida pelos seus pais Vidal Nahoum e Luna Beressi. Aos dez anos, perdeu a mãe, experiência que lhe introduzira o olhar sobre a morte diante da vida, este fato marcou sua vida interior e marcou sua vida (FREIRE, 2014).

Graduou-se em história, geografia e direito e a sua preferência pelas ciências humanas o fez desenvolver estudos também na área da Sociologia, Filosofia e Economia. Elaborou a teoria do pensamento complexo, suas pesquisas visam produzir conhecimento que não seja fragmentado considerando o ser humano e o planeta como um todo (GENTILE, 2007).

O fato de a escola continuar ensinando certezas e conhecimentos que parecem únicos e absolutos instigou Edgar Morin a propor uma nova estrutura para a educação, que implicasse também em uma reforma do pensamento. Nos anos 1990 ele foi convidado pelo Ministério da Educação de seu país para replanejar o ensino secundário e ultrapassou as barreiras da França (GENTILE, 2007).

Edgar Morin coloca o ser humano e o planeta no centro do ensino, onde a educação teria a função de trazer a compreensão e fazer as ligações necessárias para o sistema planetário funcionar em equilíbrio. Relata que o grande problema são as relações entre as

pessoas e a quantidade de guerra que ainda se tem no planeta, por isso lutou para a melhoria dessas relações (GENTILE, 2007).

O autor evidencia que um dos grandes problemas da humanidade é a falta da compreensão sobre o que se está fazendo no Planeta. Relata que a maioria das pessoas tem grandes dúvidas e refletem pouco sobre: Quem somos, de onde viemos e para que estamos aqui? Portanto, enfatiza a importância de abordar esses temas desde a educação primária nas escolas para aumentar a compreensão trazendo reflexões profundas e construção íntima conforme a realidade, instigando a curiosidade e abrindo a pluralidade dos caminhos possíveis (GENTILE, 2007).

4.2 OBJETO DE ESTUDO VINCULADO A COMPLEXIDADE

Morin (2000) afirma que o ser humano é constituído por moléculas químicas, ácidos nucleicos e aminoácidos. Porém, nenhuma destas macromoléculas têm, por si só, as qualidades que dão a vida. Essa organização de moléculas se auto-reproduzem, por meio do autodesenvolvimento. Neste sentido, teve influência na temática escolhida neste estudo às inquietações sobre as questões que norteiam a Complexidade defendida por Edgar Morin, de modo a compreendê-las e, assim, ter condições de conhecer de forma mais profunda o enfrentamento e as mudanças necessárias que os idosos com doença renal crônica passam em seus tratamentos na hemodiálise.

Morin enfatiza que a humanidade está vivendo profundos momentos de crise, sofrendo ameaças, passando pelo desencadeamento dos conflitos etnorreligiosos, degradação da biosfera, economia fora de controle, excesso de materialismo, perda dos valores fundamentais, características principais da era da tecnologia. A humanidade que sofreu o totalitarismo do século XX é a mesma que desmorona sobre si na questão do capitalismo e fanatismo nos dias atuais (HESSEL; MORIN, 2012).

Diante do contexto atual Konrad Lorenz se questiona o que hoje atinge mais gravemente a alma dos homens: sua paixão cega pelo dinheiro ou sua pressa febril. Portanto, por meio deste questionamento devemos refletir sobre a contribuição como cidadãos perante o destino dos habitantes de nosso planeta. Pois, o sistema planetário está condenado à morte ou à mudança, e para que aconteça a mudança é necessário que ocorra múltiplos processos reformadores transformadores (HESSEL; MORIN, 2012).

Através destas indagações a respeito do futuro da humanidade Hessel e Morin (2012) consideraram que um dos males da civilização é que o bem estar material não traz o bem estar mental, o que está relacionado com o alto consumo de ansiolíticos, antidepressivos e soníferos

pelas pessoas de alto poder aquisitivo. A questão moral não se consolidou com o desenvolvimento econômico, gerando medo das responsabilidades e perda da iniciativa. A sociedade se tornou individualista perdendo o senso de fraternidade e solidariedade onde frequentemente tudo que importa é apenas o que está ao meu âmbito e nada mais.

Segundo Morin (2002) somos originários do cosmos, da natureza, da vida, mas devido à própria humanidade, cultura, mente e consciência, nos tornamos estranhos a este cosmos, que nos parece íntimo. Nosso pensamento e consciência nos fazem conhecer o mundo físico e também nos distanciam dele. O fato de considerar racional o universo nos separa dele, é preciso desenvolver além do mundo físico, através da plenitude da humanidade.

Muitas dessas atitudes dos seres humanos estão ligadas a carência de empatia, falta do sentimento de compaixão, ligadas a indiferença com o mundo e as pessoas. Entre as famílias impera a falta de compreensão e discussões materialistas. A maioria dessas questões se baseia na falta do reconhecimento do amor como base das relações humanas, o que pode auxiliar na reconstrução da confiança de cada um e despertar sentimentos nobres no íntimo do ser (HESSEL; MORIN, 2012).

A partir da falta dos sentimentos nobres e relações dignas entre as pessoas gera-se a solidão entre os seres humanos, que vivem no automatismo como sonâmbulos rumo a desastres com raros momentos de reflexões, tornando a sociedade angustiada, frustrada e deslocada, nos encaminhando para sérios abismos como alcoolismo, doenças psíquicas, doenças físicas, consumo de drogas, depressão e até mesmo suicídio. Dessas questões emergem a urgência de novos pensamentos e mudanças íntimas (HESSEL; MORIN, 2012).

Os processos transformadores devem ser baseados em política regeneradora que tem o propósito de reformar os modos de vida. A ideia deste novo modelo é existir menos desigualdade em que o materialismo servirá apenas para suprir as necessidades, isso irá contribuir para diminuição do egoísmo e novas oportunidades de expressar a solidariedade. Sendo assim, as preocupações não girariam somente em torno da sobrevivência, mas também com a expansão dos relacionamentos com o outro e o mundo (HESSEL; MORIN, 2012).

Esta nova perspectiva visa valorizar as questões simples, aprimorando as relações de amor e amizade, boa convivência, respeito dando sentido à vida em comunidade. O bem estar material também se torna importante diante do cenário da vida, porém nos dias atuais se baseia pela busca desenfreada de algo além do necessário. Portanto, o bem estar mental trás a tona a qualidade de vida, o bem estar psíquico e não a quantidade de bens (HESSEL; MORIN, 2012).

Esse bem estar gerado, é relatado por Hessel e Morin (2012) como o bem-viver, que se pressupõe no desenvolvimento individual na comunidade. O autor afirma que nossas vidas são polarizadas em duas partes, uma prosaica, onde vivemos na obrigação, na rotina e sem alegria, e a outra poética, que vivemos com plenitude e fervor, parte essa que encontramos no amor, na amizade, nas comunicações coletivas, nas danças.

Quando se relata essa reforma de pensamento, um dos aspectos essenciais é a forma como o conhecimento está sendo compartilhado, sendo assim uma das bases dessa reforma é ensinar as condições do conhecimento pertinente. É de importância fundamental diante do aprendizado refletir sobre o que é ser humano e sua consciência. Essa compreensão faz entender e reconhecer a complexidade do outro e não o reduzir em única característica, geralmente negativa (HESSEL; MORIN, 2012).

A partir desse contexto difícil em que a humanidade está vivenciando, as transformações marcam a transição da mudança de paradigma, o que incorpora a perspectiva da complexidade para esse contexto. Sendo assim, se passa da exatidão para a incerteza, do absoluto para o relativo, e dessa forma a ciência pode se aprimorar considerando o incerto, imprevisível, atualidades e as mudanças que vêm com o novo tempo (SILVA; REBELO, 2003).

O conceito de complexidade foi descrito originalmente nas ciências naturais e físicas entre o século XIX e início do século XX, e assim difundiu-se em diversas áreas do conhecimento. Atualmente, existem três principais correntes de pensamento e/ou autores que dedicam a estudar a noção de complexidade: 1) Instituto Santa Fe, no Novo México, onde trabalham figuras proeminentes Murria Gell-Mann, Cristopher G Langton, W. Brian Arthur, Stuart A. Kauffman, Jack D. Cowan; 2) Niklas Luhmann, e; 3) Edgar Morin (SANTOS, 2014).

Para Morin e Moigne (2009) a palavra complexidade está reconhecida na atualidade, ao relatar que algo é complexo, retoma o fato da dificuldade de descrever e explicar. Exprime ao excesso de multiplicidade que possui aquela situação. O termo complexo tem como sinônimos árduo, difícil, obscuro, penoso, indecifrável. A palavra remete ao embaraço e confusão sobre algo, ao que não é simples, ao que não sabemos ao certo.

Edgar Morin traz a complexidade como pensamento que não separa, mas une e busca as relações necessárias interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Complexidade é palavra, que em sua origem latina, significa abraçar. Em seus escritos Morin produz conhecimento em que importa tanto ser humano quanto o planeta Terra como todo o que o tornou um dos maiores pensadores dos séculos XX e XXI (GENTILI, 2007).

Porém, essa palavra se espalha em nosso cotidiano e tem desafio, pois se encontra em todo o conhecimento, cotidiano, político, filosófico e conhecimento científico, fazendo parte da ação e ética. Diante das formas da complexidade em nossa vivência, é preciso considerar o objeto dentro do contexto e do sistema global de qual faz parte, porém fomos ensinados a simplificar aquilo que aprendemos, deste modo o contexto e o abstrato não entram na equação reduzindo o conhecimento do conjunto e atrofiando nossa capacidade de aprendizado (MORIN; MOIGNE, 2000).

Para aprimorar o conceito de complexidade se questiona os princípios de disjunção, redução e abstrução que contribuem de alguma forma a fragmentação do conhecimento. Dessa maneira se fortalece o paradigma de simplificação reduzindo de forma significativa à concepção do todo, o que diminui as chances de conhecer e se aprofundar nas grandes reflexões e chaves para problemas significativos (MORIN; MOIGNE, 2000).

Pode se considerar a ciência como complexa em sua natureza, pois entra em conflito diante teorias que não abrangem o todo, a simplificação científica falhou na busca pelo elementar, e reencontrou nos seus últimos passos a complexidade da qual havia eliminado desde o princípio (MORIN; MOIGNE, 2000).

Diante da descoberta de princípios da complexidade a revolução que mais potencializou a questão da inseparabilidade foi na microfísica. A física quântica trouxe a questão de que a partícula já não é somente um objeto que se manifesta tanto como onda e corpúsculo. Trata-se de uma espécie de microburaco negro, uma fronteira entre o percebido e o não percebido, a realidade tridimensional e a realidade quântica. Sendo assim, vem à necessidade de entender o sistema em que a partícula está inserida, o que deixa os físicos interessados com esse tema e a ciência passando a considerar diversos aspectos do ser humano antes desconsiderados (MORIN; MOIGNE, 2000).

Pode-se levar essas questões para o conhecimento do ser humano, pois quando se considera o indivíduo somente, ele parece sozinho, e quando se olha para ele como integrante da sociedade pode se tornar realidade que se dissolve com a organização social, no meio em que se está inserido. Por isso, é complexo compreender os aspectos que envolvem o ser humano e o que se passa em seu contexto durante seu processo de tratamento e questões de mudanças internas (MORIN; MOIGNE, 2000).

Portanto, compreendendo o conceito de complexidade, destaca-se a importância da abordagem ampliada da atenção à saúde e da complexidade inerente, principalmente no campo do cuidado de enfermagem ao idoso. Nessa perspectiva, este tipo de atenção à saúde vem de encontro com o atendimento integral, contínuo, conhecendo o contexto e percebendo

o idoso como um ser complexo e que muitas vezes possui questões internas que os profissionais desconhecem.

Dessa forma, ao entrar em contato com o idoso se é confrontado a insustentável complexidade do ser. A complexidade é reconhecida, geralmente no idoso, pelos traços negativos trazendo a incerteza e insuficiência. Porém, também se pode reconhecê-la pelos aspectos positivos, o tecido que se liga o um e o múltiplo, o universal e o singular, a ordem, a desordem e a organização (MORIN; MOIGNE, 2000).

Diante destes conhecimentos é possível concluir que a complexidade não se dá como solução e sim como desafio. Um dos primeiros desafios é como reunir o acontecimento, o elemento, a informação aos contextos diversos, a autonomia à dependência; o espírito ao corpo; a ordem e a desordem. Outro desafio é saber como tratar as incertezas, não se tratando de quantidade de conhecimento e sim de organização e articulação do mesmo (MORIN; MOIGNE, 2000).

Sendo assim, dentro desse desafio da complexidade está a questão de afrontar nossos pensamentos a respeito de que os problemas podem apresentar resposta clara e distinta. Sendo assim, a complexidade nos mostra que não podemos tratar as coisas parte a parte, sem ligar o conhecimento do todo, que também precisa ser estudado (MORIN; MOIGNE, 2000).

Para compreender melhor essa complexidade que envolve o ser humano Morin (2000) formaliza os sete “princípios da complexidade”: sistêmico, hologramático, Círculo retroativo, recursivo, auto-eco-organização, dialógico e reintrodução que serão aprofundados a seguir (MORIN; MOIGNE, 2000).

O primeiro princípio é o Sistêmico ou Organizacional que faz a ligação entre as partes e o todo. O autor define que o conhecimento do todo produz novas propriedades que eram desconhecidas diante do conhecimento fragmentado. Dessa forma o todo é maior que a soma das partes (MORIN; MOIGNE, 2000). Diante desse princípio se pode correlacionar que mesmo que seja a parte fragmentada que esteja com problema, no caso na IRC, ela precisa ser inserida em contexto e ser ligada com o todo.

Princípio Hologramático, permite considerar que o todo está inscrito na parte e vice-versa. Sendo assim a herança genética está presente em cada célula individual, a sociedade está presente em cada ser humano por meio da cultura, normas linguagem e estilo de vida (MORIN; MOIGNE, 2000). Este princípio pode ser relacionado com a influência da cultura e da família dentro do tratamento com o paciente, considerando também a questão da interligação com a humanidade, onde não se pode considerar os seres isolados de tudo, pois fazem parte de todo o sistema, cada célula, tornando um sistema complexo e interligado.

Princípio Círculo Retroativo, retrata o conhecimento dos processos auto-reguladores. Ele desfaz a questão de causa e efeito, onde um age sobre o outro. Neste caso se permite a autonomia do sistema sempre em busca do seu equilíbrio (MORIN; MOIGNE, 2000). Essa questão se vincula aos idosos, pois na maioria das situações buscam o equilíbrio, na tentativa de voltar ao eixo, mesmo diante de complicadas vivências do cotidiano, por exemplo, no caso dos idosos que enfrentam tratamento hemodialítico, buscam de alguma forma viver melhor mesmo que de forma inconsciente. Também pode se exemplificar esse fato com a alimentação, onde muitas vezes se alimentam de forma inadequada, porém através desse ato de comer há existência de outros sentimentos ligados ao prazer, ansiedade ou problemas vivenciados e por meio daquele momento se busca viver melhor de alguma forma.

Princípio Círculo Recursivo vai além e diz que os seres humanos são produtos de um sistema de várias eras, porém esse sistema só irá se reproduzir caso os seres se tornem produtos e se acoplem a ele. Sendo assim, os seres humanos produzem a sociedade pelas suas interações, mas a sociedade produz a humanidade desses seres humanos, trazendo-lhe linguagem e cultura (MORIN; MOIGNE, 2000). Portanto, os idosos podem se acoplar ao sistema e estarem abertos a diferentes oportunidades, visualizando outras maneiras de enfrentar as dificuldades diante de estratégias que buscam o equilíbrio para se viver melhor, e através da reflexão e mudança de hábitos poderão se surpreender com novas possibilidades de viver com mais qualidade de vida.

O quinto princípio relata sobre a autonomia e dependência chamado de Auto-eco-organização. Nesse aspecto se enfatiza o fato da autonomia e dependência estarem sempre em sintonia, e se regeneram permanentemente, como uma teoria ao mesmo tempo aberta e fechada. Portanto, relaciona-se o conceito de autonomia com a dependência e como se tornam complementares apesar de contrários (MORIN; MOIGNE, 2000).

Princípio Dialógico envolve dois princípios que são indissociáveis. Trata-se da ordem e da desordem, duas ações que estão sempre presentes desde o nascimento do Universo, na dispersão das moléculas (desordem) e na união das mesmas formando macromoléculas (ordem), acontecimentos que são necessários para o funcionamento e equilíbrio da vida (MORIN; MOIGNE, 2000). Esse princípio aborda a questão de que geralmente novos aprendizados e novas situações remetem a certa desordem, principalmente diante de uma doença, como a insuficiência renal crônica, que tem como base diversas mudanças adaptativas e é considerada uma desordem na vida cotidiana dos idosos,, porém, na busca pelo equilíbrio e pela ordem, os acontecimentos são necessários. Através dessa busca é possível obter reflexões profundas e íntimas a respeito da vida e de que forma será encarada dali a diante.

Princípio da Reintrodução relata sobre o conhecimento em todo o conhecimento. Relata sobre a restauração do ser humano e torna presente a percepção da teoria científica que se trata de uma reconstrução/tradução por um espírito/cérebro numa cultura e num tempo determinados (MORIN; MOIGNE, 2000). Portanto, através das mudanças adaptativas diante do tratamento e diversas situações vivenciadas em função da doença o idoso tem possibilidade de restauração e reconstrução do espírito que se faz com dificuldades no percurso, porém de forma natural e intensa para gerar aprendizados e mudanças efetivas no presente, trazendo consciência plena para suas atitudes e sabedoria para enfrentar futuras dificuldades.

Através do conhecimento dos princípios da complexidade, a epistemologia complexa emerge outro problema que é conceber o conhecimento do conhecimento. Diante disto existem instâncias que permitem controlar o conhecimento, porém cada uma delas é insuficiente (MORIN; MOIGNE, 2000).

Uma das instâncias é a questão do espírito, que é considerado a atividade do cérebro. Portanto, a complexidade apresenta que não pode-se reduzir o espírito ao cérebro, nem o cérebro ao espírito. Sendo assim, um co-produz o outro, porém é preciso considerar que a relação espírito-cérebro surgiu a partir da evolução biológica que possui alguns valores considerados fundamentais a partir do conhecimento (MORIN; MOIGNE, 2000).

Um dos primeiros valores adquiridos é que o nosso cérebro é complexo, considerado múltiplo, dentro dele vivem diversas instâncias que se contrapõem em diferentes momentos. Diferente do que Kant descobriu, que o cérebro está dentro de caixa preta que é o crânio, afirmando que não tem relação nenhuma com o universo, a complexidade afirma que esses conhecimentos são considerados combatíveis (MORIN; MOIGNE, 2000).

Portanto, de acordo com os princípios bioantropológicos trabalhados na teoria da complexidade há relação incerta entre o nosso espírito e o universo exterior. Dessa forma, a epistemologia complexa tem papel fundamental de considerar o homem enquanto ser bioantropológico que possui um cérebro (MORIN; MOIGNE, 2000).

Considerando o ser humano como ser bioantropológico é possível considerar que o conhecimento é co-produzido por ele e sua realidade sociocultural. Além disso, conhecimento não é fruto somente da sociedade, mas produto do espírito, considerando sua autonomia e corresponsabilidade diante do universo (MORIN; MOIGNE, 2000).

Sendo assim, para considerar o homem como ser bioantropológico perpassa-se várias etapas, que podem ser considerados até hoje paradigmas do Ocidente. Essas questões, foram formuladas por Descartes, apresentando disjunção entre objeto e ser humano, ciência e

filosofia. Por isso se tratam se paradigmas complexos e que merecem ser estudados em busca da evolução da humanidade (MORIN; MOIGNE, 2000).

Esses pressupostos e paradigmas, muitos vividos na atualidade revelam que não existe instância soberana, algo que controle todo o saber. Há pluralidade de instâncias, em que cada uma apresenta sua incerteza e relação com a realidade ou não. Essas questões fazem parte da epistemologia complexa e o grande problema é a comunicação dessas veemências separadas fazendo circuito (MORIN; MOIGNE, 2000).

A realidade é complexa e imersa na realidade, o ser humano traz em si a complexidade. Este é o ponto de partida para o presente trabalho: a complexidade implicada na interação entre ser humano e arcabouço/mundo em que se insere, buscando nesta abordagem, identificar as mudanças adaptativas presentes no cotidiano dos idosos com DRC, auxiliando para o cuidado de enfermagem, apresentando-se de forma complexa (HAMMERSCHMIDT, 2011).

5. MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO: TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Trata-se de estudo qualitativo, orientado pelo método *Grounded Theory*, também chamado de Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A pesquisa qualitativa estuda fenômenos inseridos em contextos naturais, com o objetivo de compreender ou interpretar os significados e as percepções que as pessoas constroem acerca dos mesmos. Para captar a diversidade de significados que podem ser atribuídos a fatos ou experiências, os dados são coletados por meio do contato direto com os participantes que vivenciam o problema em estudo. Na análise dos dados, os pesquisadores utilizam o dinâmico processo de raciocínio indutivo e dedutivo para estabelecer temas/categorias/conceitos cada vez mais abstratos, por meio de habilidades que envolvam sensibilidade e criatividade visando a uma compreensão complexa e detalhada do objeto investigado (SANTOS et al., 2016).

As ideias centrais que orientam a pesquisa qualitativa consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas; nas reflexões dos pesquisadores e a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção do conhecimento e na variedade de abordagens e métodos (FLICK, 2009).

De modo diferente da pesquisa quantitativa, os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador em campo como parte explícita da produção de conhecimento, em vez de simplesmente encará-la como uma variável a interferir no processo. A subjetividade do pesquisador, bem como daqueles que estão sendo estudados, tornam-se parte do processo de pesquisa. As reflexões dos pesquisadores sobre suas próprias atitudes e observações em campo, suas impressões, irritações e sentimentos, tornam-se dados em si mesmos, construindo parte da interpretação e são, portanto, documentadas em diários de pesquisa ou em protocolos de contexto (FLICK, 2009).

A pesquisa qualitativa não se baseia em conceito teórico e metodológico unificado, diversas abordagens teóricas e seus métodos caracterizam as discussões e, a prática da pesquisa. Dentre os desenhos da pesquisa qualitativa, a TFD é abordagem amplamente usada na enfermagem (FLICK, 2009).

A TFD se trata de método indutivo-dedutivo, ou seja, a construção da teoria requer a interação entre o fazer induções (partindo do específico para o amplo), produzindo conceitos derivados dos dados; e o fazer deduções (indo do amplo para o específico), gerando hipóteses sobre as relações entre os conceitos derivados dos dados, a partir da interpretação. Dessa

forma, o foco da TFD é compreender as experiências e interações de pessoas inseridas em determinado contexto social, buscando evidenciar estratégias desenvolvidas diante de situações vivenciadas (SANTOS et al., 2016).

A TFD se torna interessante como referencial metodológico para se utilizar na enfermagem e saúde, cujas práticas baseiam-se nas interações constantes entre pacientes, familiares e equipes de trabalho. Sendo assim, na pesquisa em enfermagem, por exemplo, a TFD contribui para otimizar o cuidado prestado às pessoas e coletividades a partir da compreensão de perspectivas e experiências vivenciadas diante de uma doença ou condição específica de saúde (SANTOS et al., 2016).

Esta teoria foi desenvolvida na década de 1960, nos Estados Unidos, pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, como alternativa à tradição hipotético-dedutiva da época. Glaser tem origens acadêmicas na Universidade de Columbia, com ampla formação em métodos empíricos e na teoria sociológica, que também incorporou a psicologia social para estudar a influência do sistema social na conduta individual, segundo métodos quantitativos. A formação acadêmica de Strauss, por outro lado, tinha origens na Universidade de Chicago, de forte tradição qualitativa e de abordagens críticas no desenvolvimento de teorias (SANTOS et al., 2016).

A partir da função dessas duas escolas de pensamento, o método da TFD foi desenvolvido por Glaser e Strauss em 1965, durante estudo sobre os relacionamentos entre métodos e pacientes terminais. Nessa época, os funcionários dos hospitais raramente falavam sobre a morte ou mesmo reconheciam o processo de morrer de pacientes gravemente enfermos. Dessa forma, a equipe de pesquisa observou o modo como ocorria o processo da morte em ambientes hospitalares e a forma pela qual os pacientes terminais tomavam conhecimento do fato de estarem morrendo e como lidavam com essa informação. Glaser e Strauss deram aos seus dados tratamento analítico explícito e produziam análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte. Nesse sentido, a pesquisa apresentou-se inovadora pelo conteúdo, pelo método e pelas criativas conexões entre ambos (SANTOS et al., 2016).

Sendo assim, Glaser e Strauss desafiaram o paradigma positivista da época, segundo o qual a pesquisa qualitativa era uma evidência anedótica, assistemática e tendenciosa. A partir dos seus estudos, mostraram que a pesquisa qualitativa poderia ir além de estudos descritivos e desenvolver explicações teóricas sobre o comportamento humano. Assim, o principal objetivo deles com a TFD era mostrar que os resultados correspondiam exatamente ao que era questionado aos participantes do estudo (SANTOS et al., 2016).

O olhar para os processos interacionais na TFD pode ser ancorado em referenciais que explorem a articulação das relações, interações e associações entre os sujeitos inseridos em um contexto social dinâmico e plural. Exemplo é o pensamento complexo ou teoria da complexidade, que possibilita uma interpretação intersubjetiva a partir das relações múltiplas dos fenômenos que se interconectam e se complementam, o que se pode associar com o marco teórico desse trabalho (SANTOS et al., 2016).

A principal diferença entre os pontos de vida de Strauss e Glaser sobre o método é a flexibilidade do primeiro e o pragmatismo do segundo. Strauss compreendia a TFD como modelo analítico de apoio aos pesquisadores composto por conjunto de recomendações. Entretanto, a criatividade do pesquisador lhe permite utilizar outros meios e tecnologias para conduzir a investigação. Nesse contexto de discussão sobre o caráter construtivista do método, a partir dos anos 2000, uma autora ganha destaque: Kathy Charmaz (SANTOS et al., 2016).

Charmaz defende que a TFD alia duas tradições opostas e concorrentes. De um lado, o positivismo da Universidade de Columbia, representado por Glaser e sua formação quantitativa, que resultou em rigorosos métodos de análise. Do outro, a influência da escola de Chicago na pessoa de Strauss, o qual valorizou os significados sociais subjetivos que emergem da ação humana, revelando a tradição filosófica pragmática. Essa abordagem sugere ao pesquisador focar o seu olhar para “o que” e “como”, pois ressalta que a pesquisa sempre ocorre em contextos diversos que compreendem múltiplos aspectos sociais, históricos e políticos (SANTOS et al., 2016).

Charmaz defende a Teoria Fundamentada Construtivista e introduz nova perspectiva, em especial no que diz respeito aos procedimentos analíticos. A autora considera os avanços teóricos e metodológicos para apresentar um modo de fazer a TFD apoiada em diretrizes flexíveis e coloca-se contrária a Glaser e Strauss quando diz que nem os dados nem as teorias são descobertos, ambos são construídos por meio de nossos envolvimento e das nossas interações com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa, tanto passados como presentes. Defende que sua abordagem oferece um retrato interpretativo do mundo estudado e não um quadro fiel dele, portanto os significados e expressões dos participantes da pesquisa são construções da realidade (SANTOS et al., 2016).

No presente estudo, se adota a perspectiva construtivista da TFD, proposta por Charmaz, por acreditar que esta linha está aderida a proposta de pesquisa. Na obra de Charmaz, a TFD assume múltiplas realidades, reconhece a mútua criação de conhecimentos – pelos sujeitos e pesquisadores – e focaliza-se na interpretação dos significados atribuídos às

suas experiências. Enfatiza a compreensão em lugar da previsão, a realidade – tal como é percebida pelos sujeitos – em lugar da verdade absoluta (SANTOS et al., 2016).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário (HU) Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

O hospital Universitário foi fundado em 2 de maio de 1980 pelo professor Polydoro Ernani de São Thiago, suas obras iniciaram na década de 1960. Inicialmente se instalaram leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI adulto e finalmente a Maternidade. O HU também é referência para patologias complexas, clínicas e cirúrgica, e possui grande demanda na área de câncer e cirurgia de grande porte, destaque para os transplantes para diversas especialidades (HU, 2017).

Outra característica importante do HU é o seu atendimento emergencial nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto, com ambulatório de especialidades, a maternidade e serviços de média e alta complexidade. O serviço de emergência vem passando por pressões incontroláveis tendo em vista a demanda de população que não consegue atendimento nos centros de saúde e que vê o HU como centro de atendimento público e gratuito de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica, atendimento humanizado, e resolutividade (HU, 2017).

Seu corpo clínico é constituído de professores dos Departamentos do Centro de Ciências da Saúde que utilizam o HU como centro de ensino e pesquisa; os médicos e demais profissionais da Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Engenharia Biomédica, que possuem elevados índices de qualificação e titulação, aliados ao grande interesse na pesquisa e práticas clínicas, conferem ao HU grande força e prestígio social e comunitário (HU, 2017).

Dispõe atualmente de estrutura física com 61 consultórios e de 274 leitos hospitalares (209 ativos e 65 desativados), dos quais 45 são de cuidados intensivos (25 ativos e 20 desativados) (HU, 2017).

O HU conta com o serviço de diagnóstico e terapêutica em Nefrologia e Urologia, é habilitado em unidade de assistência de alta complexidade em nefrologia, com oito máquinas na diálise ambulatorial, onde são utilizadas sete máquina e uma de reserva. Na UTI são duas máquinas e uma reserva. Atualmente existem 25 pacientes idosos no programa de diálise, com oito pacientes por turno (HU, 2017).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a definição dos participantes do estudo foi utilizado de acordo com a orientação da TFD, seguindo o conceito de amostragem teórica, sendo um dos principais norteadores desse referencial metodológico. A amostragem teórica se caracteriza pelo processo intencional de seleção dos sujeitos. Inicialmente, são procurados sujeitos que estejam vivenciando a situação social a qual se está estudando, ou seja, idosos em tratamento hemodialítico. Para que essa amostra seja teórica, pesquisar deve ter sensibilidade teórica, se tratando da habilidade do pesquisador de ter sensibilidade e compreensão sobre todo o processo e seu envolvimento neste, pois é ele quem irá intervir, interpretar, agir sobre, conceituar e buscar formas de gerar ou descobrir a teoria (GOMES et al., 2015).

Dessa forma, a amostra teórica se forma ao decorrer do estudo, seguindo as lacunas da teoria emergente até “saturar” todas essas lacunas, tendo a possibilidade de coletar dados de outros sujeitos e contextos. Assim, os entrevistados do estudo foram escolhidos a partir da realização do estudo por meio da composição da amostragem teórica em relação ao que se é investigado na pesquisa (TAROZZI, 2011).

Para a amostragem teórica foram utilizados 20 idosos que realizam tratamento hemodialítico na unidade de tratamento de hemodiálise do HU. Dentro dessa amostragem teórica houveram subdivisões que foram observadas com a coleta dos dados da caracterização dos participantes. Dos 20 idosos, 10 eram do sexo feminino e 10 eram do sexo masculino. Desses 7 faziam hemodiálise entre 1 ano e 2 anos, 4 faziam entre 3 anos e 6 anos e o restante entre 1 mês e 6 meses. Foram considerados critérios de inclusão estar realizando tratamento hemodialítico no período da coleta de dados; possuir idade igual ou acima de 60 anos. Foram excluídos aqueles que não conseguiam se expressar verbalmente e aqueles que apresentavam alguma intercorrência clínica durante a sessão.

5.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado contato prévio com a equipe do serviço de hemodiálise para apresentação do projeto de pesquisa e a técnica de coleta de dados, depois serão realizadas as entrevistas com os idosos segundo os turnos de atendimento na UTD. Para realização da entrevista foi utilizado roteiro semi estruturado (APÊNDICE A).

Em relação à coleta de dados com a abordagem da TFD, os processos de coleta e análise são realizados de forma simultânea. Foi utilizada a técnica de entrevista para coleta de dados, na TFD a entrevista tem a vantagem de proporcionar análise detalhada de algo ou

experiência, e assim se torna útil para a investigação com base na interpretação (CHARMAZ, 2009).

As entrevistas proporcionam olhar subjetivo diante da situação, podendo proporcionar exploração de assunto determinado e assim amplificar os detalhes, abrindo espaço para o entrevistador realizar perguntas sobre sentimentos e atitudes ou voltar a algum ponto anterior relatado pelo entrevistado e enriquecer a discussão a partir dos questionamentos (CHARMAZ, 2009).

Para a realização das entrevistas, foi seguido roteiro para explorar a experiência dos pacientes em relação à mudança de hábitos físicos e comportamentais frente ao processo saúde doença (APÊNDICE A), também serão questionados sobre a experiência atribuída diante do tratamento hemodialítico e as estratégias de enfrentamento utilizadas. Durante a entrevista é possível enriquecer o método com a observação não participante, que irá perceber a expressão facial dos pacientes, dinâmica do tratamento, relacionamento entre profissional e paciente (CHARMAZ, 2009).

Foram disponibilizados os prontuários de todos os pacientes e com auxílio da enfermeira foram selecionados os idosos para participar da pesquisa, segundo os critérios de inclusão e exclusão. A partir dos idosos escolhidos de acordo com os critérios, foram separados 20 prontuários de idosos, os quais foram convidados a participar da pesquisa. E assim, a cada visita os idosos foram abordados durante as sessões de hemodiálise, nas quais foram esclarecidos os objetivos do estudo, fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a entrevista.

Realizaram-se as entrevistas nos meses de junho e julho de 2018 durante as sessões de hemodiálise no Hospital Universitário. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 30 minutos, as quais foram transcritas na íntegra para seguimento da análise. Os idosos foram identificados com os códigos ID1 a ID20, em respeito à ética e preservação da privacidade.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada em duas etapas principais: 1) fase inicial com codificação de cada segmento de dado (depoimentos das entrevistas) (palavra por palavra/linha por linha/incidente por incidente); 2) fase seletiva e focada que utiliza códigos iniciais significativos ou frequentes para classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos de análise ou categorias e subcategorias (CHARMAZ, 2009).

A etapa inicial precisa ser detalhada e atenta com os detalhes dos dados. Cada segmento retirado dos depoimentos foi codificado em quantos códigos fossem possíveis, de

acordo com o significado e experiências de cada entrevistado. Foram utilizados alguns questionamentos para guiar essa etapa da pesquisa como: O que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui? E com base nas respostas a pesquisa ia sendo guiada com as primeiras experiências (CHARMAZ, 2009).

Na segunda etapa, os códigos mais frequentes e significativos foram reagrupados por suas similaridades e diferenças de conceito, e assim formarão novas categorias provisórias com nomes abstratos que possam representar aquele segmento, com o objetivo de sintetizar e explicar maior parte do segmento. Ao comparar código com código, se criarão códigos focais, correspondendo às categorias conceituais. A partir disso, será realizada conexão teórica entre as categorias, chegando-se a teoria interpretativa emergente ou fenômeno emergente (CHARMAZ, 2009).

Nessas etapas foi essencial grande sensibilidade do pesquisador, gerando grande reflexão diante das categorias formadas. A sensibilidade teórica permite alcançar profundidade na teoria, sem que intervenha diretamente nos dados. Trata-se de diálogo contínuo do pesquisador com os dados, por meio da tomada de consciência da importância dos conceitos e hipóteses que surgem desses dados, aliada a experiência dos entrevistados (GOMES et al., 2015). Para possibilitar maior reflexão e sensibilidade do pesquisador, é possível tratar os segmentos através de gerúndios na codificação, o que pode induzir o fenômeno do movimento no estudo e facilitar compreensão do mesmo (CHARMAZ, 2009).

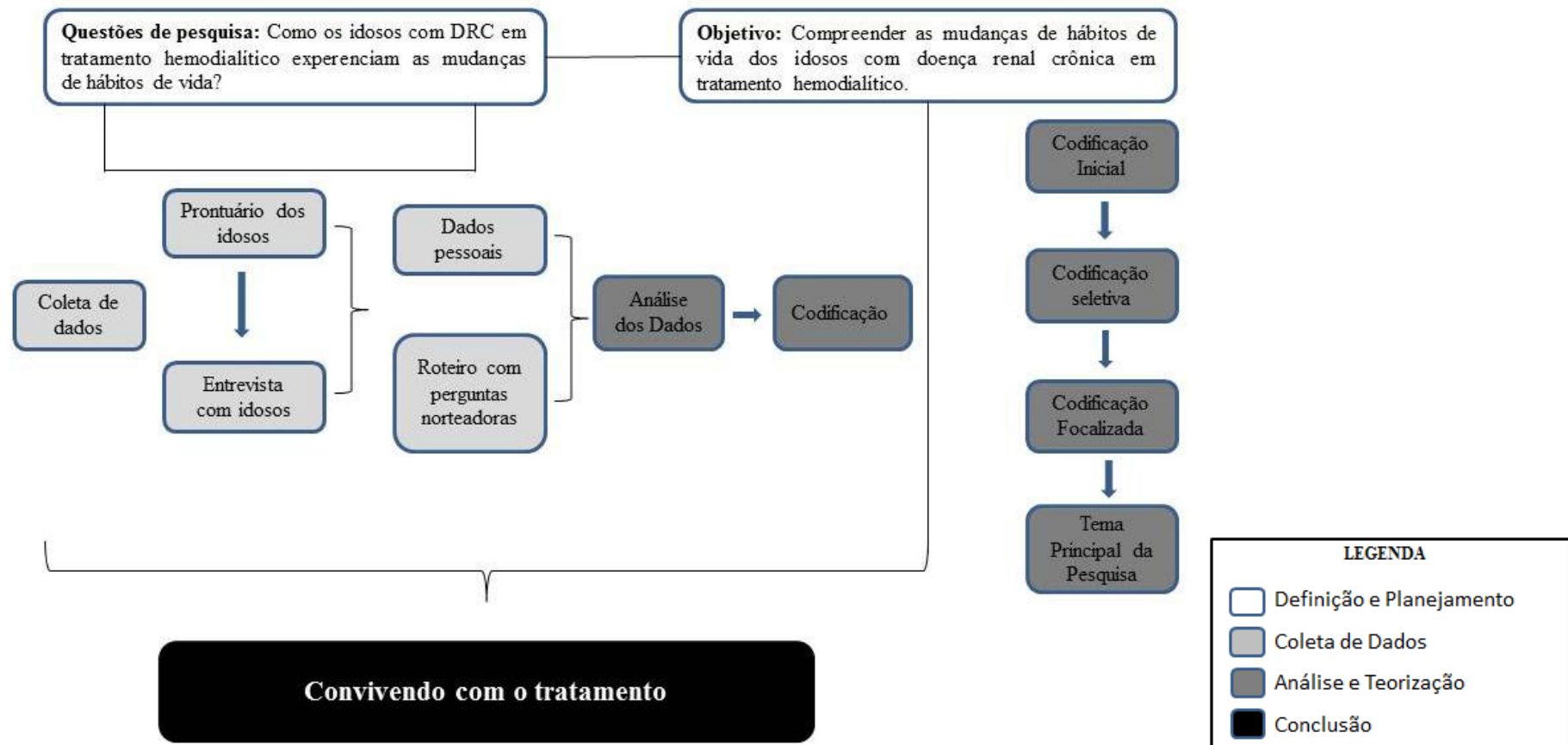
Para facilitar ampliação da compreensão do fenômeno do estudo foram elaborados memorandos, que tornou etapa intermediária no meio da pesquisa. O memorando se forma com anotações informais que contribui para abordar de forma mais abstrata os temas, demonstrando a complexidade e desenvolvimento da teoria. Além dos memorandos pode se realizar diagramas para facilitar a compreensão do fenômeno estudado (CHARMAZ, 2009).

A partir do desenvolvimento e interpretação através da TFD, foi realizada validação das categorias e como estão relacionadas entre si. Esse processo é importante, pois dá consistência ao fenômeno estudado e auxiliando na abstração do esquema teórico (CHARMAZ, 2009).

Para formação da categoria central, se indica através das categorias saturadas, ou seja, quando a coleta de dados não mais desperta novos *insights* teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais. Portanto, infere que não existe nada novo acontecendo (CHARMAZ, 2009).

A seguir, se apresenta figura explicativa do caminho metodológico.

Figura 1 - Esquema explicativo do caminho metodológico do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela própria autora.

5.6 CUIDADOS ÉTICOS

Para atender as questões éticas a pesquisa está alinhada e respeita a Resolução 466/2012, que orienta o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos no Brasil.

O projeto foi encaminhado para aprovação inicial da Instituição cenário do estudo, Hospital Universitario Polydoro de San Thiago, depois submetido na Plataforma Brasil, para avaliação e análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.

Foi apresentado aos idosos participantes Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas (APÊNDICE B). Também ficou garantida a liberdade para participar e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento de acordo com seu desejo.

As gravações das entrevistas foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos ficaram sob posse do pesquisador por cinco anos e depois serão destruídos. O anonimato dos participantes do estudo será preservado através de códigos, para identificação de seus depoimentos foram utilizadas letras associadas a números (ID1, ID2, ID3...).

Essa pesquisa pode oferecer riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante foi esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição que está vinculado. Ficou garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de qualquer natureza. Os benefícios do estudo estão relacionados à ampliação da visão das vivências e significados dos pacientes em tratamento hemodialítico, contribuindo para a melhoria do cuidado.

O estudo foi autorizado pela Gerente de Ensino e Pesquisa HU-UFSC-EBSERH e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer favorável nº 80653217.3.0000.0121 (ANEXO A). As entrevistas foram gravadas em áudio, com utilização do instrumento.

A seguir, apresenta-se o Quadro com a síntese e descrição dos aspectos metodológicos.

Quadro 1 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

DESENHO DO ESTUDO	PESQUISA DE MÉTODO QUALITATIVO
	Teoria fundamentada nos Dados (TFD), perspectiva construtivista.
CENÁRIO	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de Santiago
PARTICIPANTES	20 idosos em tratamento hemodialítico
COLETA DE DADOS	Entrevistas intensivas com roteiro semi estruturado
ANÁLISE DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> • Codificação inicial • Codificação seletiva e focalizada
ASPECTOS ÉTICOS	Resolução nº 466/2012 Avaliação da Instituição - HU/UFSC Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Termo Consentimento Livre e Esclarecido Identificação dos depoimentos: B1, B2...B3

Fonte: elaborado pela própria autora.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do processo de análise se formou a categoria central: “Convivendo com o tratamento” a qual é composta por dois grandes eixos de análise: I) Vivenciando a dualidade; II) Despertando para as mudanças de hábitos de vida. Do Eixo de Análise I, surgiram duas categorias: 1) Enfrentando as dificuldades e 2) Mudando para melhor. Do Eixo de Análise II, surgiram três categorias: 3) Mudando os hábitos de vida; 4) Se apegando a religião/crença e esperança e 5) A família apoiando.

No Quadro 2 tem-se o eixo de análise **Vivenciando a Dualidade** o qual contempla as seguintes categorias e subcategorias:

Quadro 2 - Categorias e subcategorias que compõe o eixo de análise. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

Eixo de Análise: Vivenciando a dualidade	
Categoria	Subcategorias
a) Enfrentando as dificuldades	1) Perdendo a independência 2) Vivendo a desesperança 3) Faltando a adesão
b) Mudando para melhor	1) Melhorando a qualidade de vida 2) Valorizando a vida

Fonte: elaborado pela própria autora.

Na categoria **Enfrentando as Dificuldades**, verificou-se que para maioria dos idosos a hemodiálise significa algo difícil de ser vivenciado, podendo incitar sentimentos de dependência do tratamento, porém consideram a necessidade de realizá-lo. Na subcategoria **Perdendo a independência** os depoimentos refletem a mudança desgastante na rotina e a perda da independência para realizar tarefas que tinham prazer de fazer antes do tratamento, como o convívio social e as atividades da casa. O que se torna difícil é que na maioria das vezes dependem de seus familiares para fazer atividades que antes eram realizadas com destreza e facilidade por eles. Dessa forma, a falta de atividades no tempo livre os deixam na inércia e o sentimento de inutilidade vem à tona. Porém, apesar das dificuldades é notável a luta pela autonomia na busca para realizar sozinhos pequenas atividades diárias que lhes dão prazer.

“Eu era uma pessoa boa, ia em tudo quanto é lugar, festas, passeios, mas depois de dois anos pra cá não saí mais... só em casa... não deixam a gente sair para lugar nenhum. É essa vida aqui né... vir 3 vezes por semana, não tem como eu sair para lugar nenhum, nem

viajar, nem passear. Aprendi que a gente tem que conviver com a doença e aceitar. (ID18).”

“Ah, antes eu podia fazer todo o serviço né... fazia faxina e tudo na minha casa. Hoje até a minha faxina tenho que pagar... mudou tudo...Ter que vir 3 vezes por semana... Mas eu me conformei, no começo a gente fica meia triste mas depois pronto” (ID7).”

“Antes eu poderia trabalhar e hoje eu não posso fazer mais nada. Eu sempre fui uma pessoa mais independente, o meu negócio era ajudar do que depender de alguém. Mas apesar de tudo, eu luto muito e vou continuar lutando, faço a barba, passo pano na casa pra minha esposa, seco uma louça... (ID5).”

“Costumo dizer que essa doença é a doença da preguiça. Antes eu trabalhava demais, cuidava da casa, fazia tudo, meu marido nunca fez nada. Agora depois que fiquei doente ele tomou conta... aprendeu a lavar roupa, tudo quem faz é ele agora. (ID2).”

A hemodiálise é terapêutica de grande complexidade tecnológica com consequências no bem estar das pessoas. Estas pessoas têm de cumprir regime terapêutico rigoroso com restrições alimentares, que pode gerar alteração da imagem corporal, diminuição da atividade física, perda de autonomia, impossibilidade de viajar como antes, dificuldade no emprego, alterações na dinâmica familiar e até mesmo, um sentimento de solidão associado ao isolamento social e sentimento ambíguo entre o medo de viver e morrer (FERREIRA, 2017).

A doença em si e o tratamento hemodialítico tem possibilidade de desencadear situações conflituosas, que comprometem o cotidiano do idoso, bem como seus familiares, impondo-lhes adaptações e mudanças no estilo de vida. O tratamento de hemodiálise implica em readaptação individual, familiar e social, essas alterações na vida particularmente incômodas e contínuas, podem levar situações em que o paciente se sinta diferente ou excluído (FERREIRA, 2017).

Com a vivência do desequilíbrio no estado de saúde o idoso pode se confrontar com perigo de perder a integridade física e psíquica, como o seu lugar na família e na sociedade. E pode acabar por perder sua independência, pois na maior parte das vezes depende de terceiros para realizar suas atividades do dia a dia, como se locomover de lugar para outro e limpeza da casa (FERREIRA, 2017).

Quando determinado fenômeno como a hemodiálise acontece, tende a modificar a vida cotidiana e essa nova realidade pode ser experiência difícil. A realidade é concebida pela essência da capacidade de transformação, essa realidade pode se tornar difícil transformação,

adaptação ao tratamento. Quando a pessoa é confrontada com limitações, mobiliza esforços no sentido de se adaptar à nova vida (FERREIRA, 2017).

Um dos princípios do pensamento complexo de Edgar Morin, o da auto-organização no qual os sistemas complexos se auto organizam dependendo de estímulos externos fazendo emergir propriedades novas. Dessa maneira, é possível observar que os idosos em hemodiálise com pouca instrução e informações sobre o tratamento dentro dos seus próprios sistemas podem se organizar e criar alternativas para vivenciar com o desgaste do dia a dia e inércia, por exemplo, fazer pequenas atividades para se sentirem bem. Então há grandes chances de se criar novas formas de fazer, dentro dos seus sistemas complexos, gerando nova realidade e se remodelando.

Ainda na subcategoria **Perdendo a Independência** os idosos referem à dependência do tratamento para viver. Enxergam o tratamento como única saída, muitos afirmam que o tratamento hemodialítico é a única alternativa de sobreviver, sendo esse o maior aprendizado do tratamento, a aceitação disso faz parte para enfrentamento mais eficaz. Para alguns a hemodiálise é mais uma forma de recomeçar e é encarada como nova oportunidade de vida.

“No começo foi muito difícil... mas a gente vai aceitando, é a única forma para gente durar mais um pouco né...(ID9).”

“Se eu não fizesse hemodiálise, o que seria de mim? (ID2).”

“E hoje eu penso que tem que fazer né... não tem mais opção. O negócio é aceitar e tocar pra frente. (ID12).”

“Eu diria que a pessoa fazer hemodiálise é uma oportunidade de passar por isso para acreditar que existe uma chance... é uma chance de a gente estar vivo... (ID5).”

A natureza da DRC e a dependência da hemodiálise reportam-se a percurso de saúde-doença que confrontam a pessoa com restrições impostas pelo próprio tratamento, bem como a existência humana devido à vida cotidiana complexa. Sendo assim, para essas pessoas o tratamento é realidade “necessária”. Neste fenômeno, o necessário emerge como opressor, tornando a realidade difícil e angustiante, repleta de limitações, mas necessária (FERREIRA, 2017).

Diante desta realidade, o idoso pode se diferenciar de acordo com sua capacidade de se adaptar a nova situação. Muitas delas vivem esse novo processo como a única oportunidade de viver, arrastando a situação penosa dia após dia. Algumas se adaptam de forma positiva, agradecendo pela oportunidade de poder viver mais (FERREIRA, 2017).

Edgar Morin (2000), em um dos seus princípios chamado Coexistência dos Opostos, se sobrepõem os paradoxos, uma coisa é e não é ao mesmo tempo, e os opostos são simultaneamente antagônicos e complementares. Esse princípio pode se relacionar com a questão da dependência de hemodiálise, alguns idosos encaram o tratamento como única forma de viver e como sobrevivência ao mesmo tempo que percebem como algo negativo.

Morin no princípio hologramático, ultrapassa o reducionismo, onde se percebe as partes, além do holismo onde se percebe o todo. Esse conceito está ligado à ideia recursiva, que é a organização do ser humano dentro do sistema em que está inserido. Assim, para conhecer e se transformar, o ser humano depende da variedade de condições que a realidade lhe oferece e do estoque de ideias existentes para que faça, de maneira autônoma, as suas escolhas. Assim, a autonomia pode afirmar-se pelas determinações sociológicas, econômicas, políticas – em relação recíproca ao sistema auto-organizador e ao ecossistema (MORIN 2000, p. 143-223).

Partindo desse princípio, a compreensão das escolhas de cada ser humano diante do processo do tratamento hemodialítico é facilitado. Considerando que cada idoso tem sua própria história, repleta de diversas situações, inserido em sociedade, e que faz escolhas a partir das suas vivências, seja pelo passado ou pelo que vive no presente, e encara as situações difíceis conforme suas experiências. Por isso, a transformação depende de cada um e se torna relativa, dependendo da variedade de condições em que a realidade lhe oferece, e assim poder fazer suas escolhas.

Na subcategoria **Vivendo a desesperança** os dados mostraram que alguns idosos não têm perspectiva de futuro melhor e sim composto de declínios. Muitos relataram a quantidade de situações negativas em suas vidas depois que iniciou o tratamento e apontaram tristeza em relação à vida. Muitos idosos, quando questionados sobre a percepção futura de vida, prejetavam-se piores do que estão hoje ou até mesmo mortos.

“Como eu me vejo daqui dois anos? Ah... a mesma coisa né, se não morrer... De bom não vejo nada nisso tudo né... por que a gente tá amarrado nisso aí... (ID13).”

“Ah... daqui dois anos acho que vou estar pior do que hoje né... (ID19).”

“Daqui dois anos? Não sei se estarei vivo... (ID20).”

São diversos os significados que perpassam o imaginário do idoso que realiza tratamento hemodialítico, que vão desde o reconhecimento da gravidade da doença e do

tratamento, até as suas consequências, como os efeitos medicamentosos e os limites nos hábitos alimentares e na vida social. Em geral, tais situações provocam medo, dúvidas, falta de esperança e insegurança quanto à cura e possibilidade de viver. Assim, podem gerar desordens emocionais, emergindo sentimentos negativos que, quando sobrepostos à condição física afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas (COSTA; COUTINHO, 2015).

Pessoas com sintomas de desesperança podem tender a acreditar que nada sairá bem. Sendo assim, são esperadas desmotivação e condutas prejudiciais ao tratamento por acreditarem que o prognóstico será negativo. Um estudo comparativo, de corte transversal realizado na UNIFESP com 50 pacientes em hemodiálise crônica evidencia que a desesperança está fortemente relacionada com depressão e suicídio, mesmo em pacientes que são casados, religiosos e com filhos (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015).

Morin (2000) ao trabalhar com os princípios do pensamento complexo trabalha com a Incerteza e Caos, na qual pequenas ações podem provocar grandes consequências e vice-versa. Nesta compreensão a incerteza torna-se socorro: a dúvida sobre a dúvida dá a dúvida uma dimensão nova, a da reflexão; a dúvida através da qual o ser humano se interroga sobre as condições de emergência e de existência de seu próprio pensamento constitui, a partir de agora, um pensamento potencialmente relativista, relacionista e autoconhecedor. E então a aceitação da confusão pode se tornar meio de resistir à simplificação mutiladora. Se no início não se dispõe de método, pelo menos pode-se dispor do antimétodo, pelo qual ignorância, incerteza e confusão tornam-se virtudes (DRESCH, 2013).

Portanto, com base nesse princípio a desordem muitas vezes pode estar no âmago de diversas realidades da vida. E a incerteza exprime o surgimento do inédito e do inesperado, pressupõe requerer o reconhecimento do lugar do movimento e da desordem. A ordem deve pressupor a desordem e, por conseguinte, a incerteza, pois está sempre a se refazer em novos patamares. O que existe, portanto, é constante movimento que se recusa a permanecer nas ilusões do caminho da ordem e que gera improbabilidades e incertezas. O movimento e o estágios da desordem são portadores de incerteza. Sob a ótica da complexidade, a incerteza torna-se uma possibilidade no processo de conhecimento. Reconhecer a incerteza cria a possibilidade de um movimento dialógico com a certeza, cuja finalidade é conhecer. O incerto se apresenta como uma resposta ao certo, trazendo a incerteza como resposta as nossas certezas antigas e atuais (DRESCH, 2013).

Dessa maneira, o incerto, o caos, a desordem faz parte do sistema complexo e se dão como provas da limitação que enfrentamos em relação ao ato de conhecer, e também como

movimento de autorreflexão, trazendo a marca do autoconhecimento, colocando-se em marcha para seu processo de reorganização (DRESCH, 2013).

Na subcategoria **Faltando à aceitação**, verificou-se que a falta de aceitação da doença foi evidente, principalmente no início do tratamento. Muitos tiveram crises de ansiedade, choro e angústia no início principalmente por não conhecer nada sobre como seria vivenciar o tratamento hemodialítico. A aceitação foi alternativa encontrada para enfrentar o tratamento com mais facilidade e com a adaptação ao tratamento à vivência foi se tornando mais leve e tranquila.

“Eu achei que fosse moleza, mas quando a médica disse que eu tinha que fazer... eu vim chorando pra cá... Passei muito mal aqui... Mas não é o bicho de sete cabeças que eu imaginava. Mas passei tempo para aceitar isso. (ID10).”

“Eu fui no nefrologista e ele disse que eu tava muito mal, mesmo assim nem liguei, comi um monte de coisas, fui viajar, bebi um monte... Até que tive que voltar ao médico e ele disse que eu tinha que fazer hemodiálise eu não aceitei... fiquei desesperada... achei que era o fim... mas com o tempo fui me adaptando (ID11).”

Por ser tratamento contínuo e permanente, a hemodiálise acarreta sérias mudanças na vida do idoso e seus familiares, sendo que as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento estão relacionadas a não aceitação da doença, falta de apoio familiar e social e a dificuldade de percepção de si próprio (MARTINS; ROZA; MARTINS, 2017).

Ao vivenciar o tratamento o idoso pode considerar esse processo de forma adaptativa, aceitando-a, para poder enfrentar as limitações por ela impostas. A aceitação é conceito que pretende traduzir o ato pessoal de receber e de admitir, com concordância interior, as exigências que a doença condiciona (BAPTISTA, 2011).

Portanto, nessa primeira fase o sofrimento pode ser considerado positivo, constituindo, percurso evolutivo, com recurso adaptativo e mobilizador de estratégias de sobrevivência. O sofrimento emerge no idoso suas crenças mais profundas e põe em causa a relação deste com o mundo. Emerge então o estímulo e oportunidade para reconstrução, que pode resultar no crescimento do ser humano. Para isso, a pessoa envolve capacidade de utilizar recursos pessoais internos e externos para enfrentar o sofrimento. Na falta dessa capacidade, surgem os efeitos negativos como a mágoa, o desgaste, a revolta e a insegurança (BAPTISTA, 2011).

Para Morin o todo organizado retro-atua sobre os seres humanos, para os co-produzir em sua qualidade de seres humanos, o que eles não seriam se não dispusessem da educação, da linguagem e da cultura. Assim, para se conhecer e se transformar, o ser humano depende

da variedade de condições que a realidade lhe oferece e do estoque de ideias existentes para que faça, de maneira autônoma, suas escolhas (ESTRADA, 2009).

Por isso, o processo de aceitação de cada idoso se dá de forma única. Enfrentando as dificuldades e aceitação do tratamento de acordo com suas experiências internas e também relacionando o meio onde vive, sua educação, linguagem e cultura. Para que haja transformação e autonomia em suas escolhas, o idoso necessita de estrutura formada anteriormente.

Na categoria **Mudando para melhor** os idosos referem fatos positivos que passaram ao vivenciar a terapia hemodialítica. Na subcategoria **Melhorando a qualidade de vida** os dados mostraram que durante a adaptação os idosos se sentiram mais dispostos, iniciaram processo de autocuidado relacionado à reeducação alimentar o que contribuiu para bem estar e benefícios para saúde. Alguns relatam que após iniciar o tratamento se sentiram melhores fisicamente, pois antes não conseguiam realizar atividades básicas da vida diária.

“Minha vida melhorou muito... eu vivia numa cama, hospital direto, não podia andar nada... agora já estou até andando e tudo... Emagreci... me sinto mais leve e bem... vou sair daqui uma mocinha. (ID1)”

“Depois que comecei o tratamento eu gostei... por que eu tinha uma dor na perna e depois que comecei aqui melhorei muito. Agora to mais ligeira... bem melhor. (ID6).”

“Mudou pra melhor, por que antes que não tinha disposição pra nada... Hoje me sinto mais disposto. Hoje eu valorizo bem mais minha saúde. (ID9).”

“Antes eu exagerava na comida, hoje já me cuido... frango, salada crua, nem pensar em gordura. E me sinto muito melhor depois que mudei os hábitos... e ainda faço exercício físico. (ID5).”

A Organização Mundial da Saúde define o conceito de Qualidade de Vida como a percepção do ser humano de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Os idosos submetidos ao tratamento hemodialítico vivenciam alterações que comprometem sua qualidade de vida. Porém, apesar das mudanças psicológicas, repercussões pessoais, limitações físicas e sociais, também reconhecem que o tratamento lhes possibilita melhor qualidade de vida (MORAES; SALES; PEREIRA, 2016).

O princípio dialógico de Morin fala sobre a coexistência dos opostos, o que permite a dualidade no sistema. E dessa forma, se associa dois termos simultaneamente complementares

e antagônicos. Permitindo assim relacionar a associação de noções contraditórias, por exemplo, a ordem e a desordem, para conceber um mesmo fenômeno complexo (RIBEIRO, 2011).

No caso da Melhoria da Qualidade de Vida o princípio dialógico se aplica por manter a dualidade, pois ao mesmo tempo que se tem sentimentos negativos e dificuldades frente ao tratamento hemodialítico, há bons sentimentos e reconhecimento dos benefícios do mesmo, pois em alguns aspectos aumentou a qualidade de vida. Portanto, nesse caso a dualidade contempla a complexidade do tratamento.

Na subcategoria **Valorizando a vida** verificou-se que alguns idosos passaram a perceber outras perspectivas de vida a partir da vivência no tratamento. Aprenderam valorizar a vida, saúde, autocuidado e os momentos em família, pessoas que convivem, ações que segundo eles não tinham tanta importância como nos dias atuais após passar pela hemodiálise.

“Tem muitas coisas que eu nem dava bola. Hoje já vejo a vida de outra forma... eu tava muito nem aí... hoje eu valorizo meus netos. A lição mais importante que tive é dar mais valor a vida, olhar mais pro próximo, a vida é muito boa, dar valor a saúde. (ID11).”

“Depois que estou aqui descobri mais vida dentro de mim e que não posso reclamar de nada... valorizo minha paz interior. (ID15).”

“Hoje minha família me valoriza bem mais, por que quando tinha saúde a gente corria pra lá e pra cá... e aí não tinha tempo... hoje eles me dão mais atenção... isso me deixa feliz, vivemos mais momentos juntos. (ID9).”

O impacto do diagnóstico e o tratamento hemodialítico pode levar os idosos a redimensionar o que era vivido anteriormente, em processo de revisão de si e de suas relações. A readaptação biopsicossocial utiliza o saber comum na busca de resposta para as novas vivências, durante esse processo, as pessoas passam por etapas de reelaboração e reformulação contínua, que são transladadas no seu modo peculiar de vivenciar a nova realidade (COUTINHO; COSTA, 2015).

A DRC surge na vida determinando nova realidade. Essa tem na sua essência, outras infinitas possibilidades de transformação. Possibilidades que se apresentam no decorrer do adoecer, transformando o idoso e possibilitando-o de se adaptar ou organizar sua vida (FERREIRA, 2017).

Cada idoso encara sua existência de maneira única. A vida tem seu próprio ritmo, e pode ser vivida de maneira instintiva, com pouca reflexão e inconsciente. Assim, na hemodiálise, acontece a quebra do cotidiano incessante e momentos de reflexão podem surgir,

pode ser considerada uma experiência difícil, porém com grande possibilidade de transformação (FERREIRA, 2017).

Morin em um dos seus princípios trabalha as Relações Sistêmicas, que é análise dos eventos e suas relações, ou seja, as coisas e suas relações entre elas. No cotidiano em muitas situações os seres humanos se tornam prisioneiros de hábitos, crenças e costumes dos quais é difícil se libertar, pois estão totalmente envolvidos e em contínuo processo de acoplamento estrutural. A realidade é constituída de objetos inter-relacionados de redes de conexões dinâmicas caracterizadoras dos mais diferentes processos. E a complexidade nos ensina que a realidade não é previsível, linear, ordenada e determinada, mas resulta de situações caóticas e desordenadas. E a partir desses elementos da realidade se possibilita a reflexão da vida, a evolução e a criatividade. Dessa maneira, a partir da relação da situação da hemodiálise, que é repleta de situações caóticas dentro da rotina, se pode estabelecer relação de autoconhecimento e reflexão, podendo trazer a maior valorização da vida de acordo com os depoimentos dos idosos (MORAES; LA TORRE, 2006).

Quadro 3 - Categorias e subcategorias que compõem o eixo de análise. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.

Eixo de Análise: despertando para as mudanças de hábitos de vida	
a) Mudando os hábitos de vida	1) Vivendo o autocuidado 2) Obedecendo as regras 3) Praticando o poder de decisão 4) Mudando através do equilíbrio 5) Ajudando com o conhecimento 6) Aprendendo lições
b) Apegando à religião/crença e esperança	1) Vivenciando a fé
c) A família apoiando	1) Recebendo apoio e força da família 2) Valorizando a família

Fonte: elaborado pela própria autora.

Na categoria **Despertando para as mudanças de hábitos de vida** verifica-se como a mudança de hábitos é complexa diante do tratamento da hemodiálise e cada idosos experencia de formas diferente esse processo, porém sempre buscando o melhor na sua logística.

Na subcategoria **Vivendo o autocuidado** os idosos relatam em vários momentos a palavra cuidado ou a falta dele. Desde o início da doença essa palavra geram dúvidas, mudanças e incertezas.

O autocuidado é a atividade que os idosos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Dessa maneira, passa a ser essencial no tratamento para pessoas com doença renal crônica (CALDERAN et al., 2013).

Apesar de possuir definição abrangente, nas entrevistas emergiram questões profundas a respeito da autocrítica, com reflexões a respeito de atitudes do passado e que refletiram nos dias de hoje. Essa consciência é fortalecida pelo aprendizado do tratamento e incita atitudes de autocuidado gerando corresponsabilidade.

“[...] antes eu não me cuidava, nem dava bola... extrapolava mesmo... hoje eu já vejo a vida de outra forma... eu quero viver mais... eu tenho uma filha de 16 anos... agora eu penso nisso, eu tava muito nem aí... [...] (ID11).”

“[...] hoje dou mais valor a vida, olhar mais pro próximo... a vida é muito boa, hoje dou valor a saúde. Se cuidar mais um pouquinho... as vezes eu como as coisas e fico com culpa depois [...] (ID11).”

“[...] Eu tive que passar por tudo isso para poder parar com meus vícios por ignorância. A minha família, os amigos diziam para com esse cigarro... e eu falava: o que que vocês souberem que eu parei de fumar e beber ou to morto ou to morrendo... é ignorância ou não é? Egoísmo puro, através do egoísmo que o cara aprende. [...] (ID15).”

Na complexidade emerge a necessidade de estar consciente das próprias dificuldades e carências, presume a importância do autoexame crítico para que exista descentralização de si, reconhecendo e julgando o egocentrismo. A integração do observador, a volta sobre si, objetiva compreensão e correção, constitui-se para Edgar Morin, como princípio de pensamento. Esse exercício de auto-observação suscita segunda consciência – consciência verdadeira – para examinar os comportamentos e pensamentos, reconhecendo as armadilhas da mentira a si mesmo e da autojustificação. Dessa forma a autocrítica serve como higiene existencial para evolução constante (MORIN, 2010).

Um dos princípios da complexidade de Edgar Morin é a Causalidade Circular (*feedback*), onde os efeitos retroagem sobre as causas e as realimentam gerando circularidade entre efeito e causa, com a repetição das situações. Nesse princípio o autor desenvolve a ideia do “princípio do circuito retroativo” e do “princípio do circuito recursivo”. O primeiro refere-se aos processos auto reguladores e relaciona-se com a noção de *feedback*, no qual uma parte do efeito ou do resultado do comportamento volta a entrada do sistema e vai influenciar sobre o comportamento subsequente.

No caso dos idosos que realizam o tratamento hemodiálitico, através de seus discursos é possível perceber o reconhecimento da causa e o efeito que gerou em suas vidas, geralmente permeado pela falta do cuidado. Nesse contexto se percebe o circuito que acabou gerando em suas vidas, confunde a causa com efeito, não possibilitando perceber onde inicia-se o processo, nesse sentido a lógica própria do ser vivo, leva a auto organização dentro de seu próprio sistema (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

Na subcategoria **Obedecendo às regras**, os idosos referem que para mudança de hábito é necessário realizar o que é orientado e seguir rigorosamente as instruções prestadas pelos profissionais ou pela família. Isto se evidencia nos trechos de fala a seguir:

“Elas falam que não pode comer isso, não pode fazer aquilo e eu obedeço né.. é minha mãe... tem que obedecer né filha... a não ser que seja muito ignorante pra não ver que elas estão fazendo o bem... Só faço as coisas com ordem do médico e delas. Faço tudo como eles falam... todos que fazem é pra me ajudar... não saio da linha. (ID1).”

“O que os médicos falam tem que escutar. Escute os outros e faça tudo certinho o que eles pedem. Eu escutei o que eles falavam... e seguia tudo que era recomendado. (ID19).”

“Hoje o médico sempre vai orientando né... a gente vai pegando o que ele vai falando. Cada um diz um negócio e eu faço, um diz: faz assim, e eu faço. Eu faço tudo que eles mandam. (ID2).”

“Marido mandou e eu vim. Minha filha ajudou muito... por que as vezes eu falo pra minha filha: eu não vou fazer mais hemodiálise e ela diz: que isso mãe? Quer morrer? E assim ela me ajuda a mudar os hábitos... (ID6).”

“[...] o que eu faço pra mudar? Eu faço tudo como está na folhinha... faço tudo como eles falam. O que eu posso e o que eu não posso comer... [...] (ID3).”

O idoso geralmente apresenta mais doenças crônicas e fragilidades, gerando aumento nos custos de saúde. Nesse cenário o gerenciamento da doença crônica, requer comportamentos de autocuidado e isso tem relação com a maneira com que o ser humano reconhece e significa a doença em sua vida e no ambiente em que ele está inserido (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

É necessário rever as formas de estimular o idoso a ser autônomo e participar no processo de tomada de decisão, além das questões físicas e biológicas. E assim, compreenderá os possíveis danos e benefícios de cada ação a partir do entendimento das opções disponíveis dentro de seu contexto de vida (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

A partir do processo de aceitação da doença, é necessário o ressignificado dessa patologia na vida do idoso, para que possa a integrar em seu cotidiano, ambiente familiar e contexto de vida. Esse processo pode envolver dificuldades e momentos de estresse, porém quando realmente se dá conta dos riscos e importância dos cuidados necessários consegue incorporá-los ao seu cotidiano sem sentir obrigação de seguir tais regras, dessa forma o processo pede tomada de consciência (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Para realizar o acompanhamento do idoso com doença crônica, a enfermagem tem papel fundamental, e é necessário considerar a crença desse ser, suas preferências e o estágio de motivação em que se encontra para realizar mudanças de comportamento em saúde. As ações que envolvem o autocuidado devem ser planejadas em conjunto, incitando a condição real de enfrentamento da doença em que o idoso se encontra. E assim, se faz necessário que o idoso reconheça a relevância da implementação de mudanças em seu cotidiano, o quão serão benéficas à sua saúde (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Edgar Morin (2011), trás que não é possível conceber a complexidade humana por pensamento fragmentado, o que leva a necessidade de repensar a vida do idoso de forma ampla. Quando se permite avanços nos saberes dos fragmentos sem o esforço de religa-los, o conhecimento fica estático em relação ao todo.

Essa questão diz respeito ao fato de estar dentro e fora da natureza como seres ao mesmo tempo cósmicos, físicos e terrestres, assumindo a sua identidade terrena física e biológica. O enraizamento revela o ser humano como proveniente do cosmos físicos, sua ligação com a Terra. O desenraizamento incita a cultura do ser humano, na qual ele cria mecanismos de superação, não se adaptando ao meio, mas adaptando o meio as suas necessidades, trata-se do ser humano que vai além de suas limitações (MORIN, 2011).

A maneira como os idosos lidam com o tratamento da DRC pode relação com o enraizamento/desenraizamento. O enraizamento ressalta as questões físicas do tratamento, que são desafios constantes. O desenraizamento fala da cultura do idoso, que incita criar mecanismos de superação incluindo além dos seus limites (MORIN, 2011).

Na subcategoria **Praticando o poder de decisão** alguns idosos relatam não ter poder de decisão e que frequentemente sua família é quem decide por eles. Entretanto, alguns idosos referem que para o processo de mudança de hábitos é essencial ser detentor do poder de decisão, pois são os próprios que decidem mudar e mudam.

“Minha filha que lutou para eu fazer o tratamento... ela marcou a hemodiálise e disse para mim que era pra fazer uma consulta, quando cheguei aqui era pra fazer hemodiálise e eu não sabia de nada... por que eu não queria fazer... eu achava que era pior... (ID6)”

“Eu fumava e bebia todos os dias. E eu pensei: vou parar e parei. Eu uso o meu poder de decisão para mudar meus hábitos. Eu decidi que ia mudar e mudei, consegui. A gente não pode ser teimoso, se a gente sabe o que tem que fazer e não faz é por que é teimoso... (ID20).”
“Para mudar é preciso autocontrole... de saber dizer não na hora certa e o sim também. (ID15).”

A palavra autocontrole já traz consigo a relevância do ser humano como protagonista e diretor de suas próprias ações. Como se o idoso fosse dois, um que emite respostas problemáticas e outro que observa, analisa e modifica o comportamento do primeiro. Geralmente, o autocontrole surge em situação de conflito, quando ação traz consequências agradáveis e aversivas (SILVA, 2007).

O autocontrole relacionado ao autoconhecimento pode ser entendido a partir da noção de comportamento governado por regras. As técnicas de autocontrole são baseadas em regras, o idoso analisa a relação funcional de seu comportamento, podendo desenvolver regras para modifica-lo. Afinal, quando a pessoa produz a regra, sua tendência é agir de acordo com ela. De acordo com os depoimentos dos idosos com DRC, o autocontrole surgiu através do poder de decisão, do fato de decidir mudar e o fazer realmente (SILVA, 2007).

Morin (2000) trabalha com o princípio hologramático, em que não só a parte está no todo como o todo está na parte, do princípio dialógico, em que os antagonismos aparecem como estimuladores e reguladores. E assim, o ser humano dentro do sistema complexo, está inserido na sociedade e a sociedade inserida em si, e dentro dessa relação surge à capacidade de se organizar dentro do próprio sistema. Dessa forma, a mudança pode ser induzida ou facilitada por agente externo, como, por exemplo, o profissional da saúde. E dentro disso, se promove o empoderamento, redução de vulnerabilidade, elaboração e implementação de projetos de vida. Cabe lembrar que todas essas ações irão acontecer se o próprio idoso for empoderado e protagonista de suas ações em prol das mudanças de vida (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

Com essas ações surgem pensamentos autônomos e críticos, capacidade de formulação de juízos de valor, dando oportunidade para capacidade de decisão em situações diversas. Assim o idoso é capaz de, além de respeitar os limites para viver bem e deixar os outros viverem, transpor responsabilmente limites para atingir a maturidade (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

Na subcategoria **Mudando através do equilíbrio** alguns idosos relataram que este foi utilizado como aprendizado e estratégia para mudança de hábitos. Houve aprendizado que tudo é questão de equilíbrio e ajuda a enfrentar as dificuldades.

“Se a gente for bem certinho pela orientação daqui a gente morre antes da hora... pra quem sempre viveu com a alimentação sempre muito pesada... então a gente aprende a equilibrar... (ID9).”

“Uma das coisas mais difíceis foi à alimentação, eu comia de tudo e agora não posso comer quase nada... aí eu tive que equilibrar e acabei me acostumando... (ID15).”

“Meus hábitos mudaram muito... quando eu peguei o papel da nutricionista eu aprendi: tudo pode comer, o que tem que cuidar é quantidade... equilíbrio né. (ID20).”

Heider (2010) desenvolve a teoria do equilíbrio, segundo a qual as pessoas tendem a manter sentimentos e cognições coerentes sobre mesmo objeto ou pessoa, de modo a obter situação de equilíbrio. Quando esse equilíbrio se desfaz, vivencia-se situação de tensão, sendo necessário restabelecimento, mediante mudança de algum dos elementos da situação. Também há a teoria da dissonância cognitiva, na qual estabelece que as pessoas são motivadas a procurar o equilíbrio entre suas atitudes e ações. Nesse sentido, quando instadas a mudar de seu comportamento, mostram-se propensas a modificar também suas atitudes, de modo a restabelecerem o equilíbrio entre ações e atitudes (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

Segundo o depoimento de alguns idosos em tratamento hemodialítico, eles vivenciam diversas situações de tensão no início e com o tempo vão se adaptando a nova rotina, aprendendo a viver com novos hábitos. O equilíbrio pode ser uma das estratégias mais utilizadas para enfrentar novas mudanças. No Princípio de Auto-eco-organização o ser humano pode se organizar dentro de um sistema, e a nova situação faz emergir aprendizados e propriedades na vivência, dependendo dos estímulos externos. E o equilíbrio pode entrar como a auto-eco-organização, pois os próprios idosos construíram essa estratégia de aprendizado para enfrentar as situações difíceis (MORIN, 2010).

A homeostase pode ser encarada como propriedade e capacidade indispensável aos seres vivos, e assim, regulam seu ambiente interno em busca de estabilidade por meio de ajustes e mecanismos de regulação que se inter-relacionam. Esse poder de equilibrar as situações está diretamente ligado ao meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social.

Dessa maneira, a autonomia se torna relativo e relacional dentro dos sistemas (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

Na subcategoria **Ajudando com o conhecimento**, além das informações fornecidas pelos profissionais, os idosos relatam que buscam conhecimento sobre a doença nos meios de comunicação, principalmente através da internet. Além de informações sobre a doença e formas de autocuidado, procuram informações sobre o transplante, medida que serve de esperança para melhor qualidade de vida.

“[...] Eu não sabia nada sobre a hemodialise... depois eu fui pesquisar na internet, achei que era moleza... [...] (ID11).”

“[...] Eu queria fazer o transplante, ando pesquisando bastante sobre o assunto... eu olho em muitos sites científicos sobre isso... [...] (ID12).”

Segundo Neto et al., (2015) a internet passou a ser a principal fonte de busca por informações de saúde, como promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e autodiagnostico. Ela possibilitou o “paciente informado”, aquele ser humano que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar papel ativo no processo de decisão sobre sua saúde, assim como a gestão de sua condições de vida. O paciente informado, torna-se expert sobre o seu tratamento, deste modo tem potencial para questionar os profissionais da saúde e interferir no modo como tradicionalmente se dava essa relação. No caso de doenças crônicas, a experiência do “paciente informado” é ainda mais evidente, pois se trata de doenças que não tem cura e que estimulam o idoso a obter informações visando ao autocuidado.

Quando se trata de volume de informações nos meios de comunicação, convém refletir sobre o conhecimento. Segundo Morin (2010), nas questões intelectuais a tarefa mais difícil é resistir a todas as forças que prejudicam a reflexão, ser capaz de trazer contribuições reais sobre esse conhecimento. Dessa forma, é essencial que ao buscar informações sobre sua saúde, o paciente não perca a capacidade de refletir sobre as mesmas, lapidando o conhecimento adquirido e filtrando o que é adequado para sua condição.

Na subcategoria **Aprendendo lições** a falta de cuidado durante a vida adulta relacionada a excesso de trabalho, cotidiano agitado, inúmeras responsabilidades e maus hábitos foi abordado por alguns idosos nas entrevistas.

“[...] eu acho que o que levou essa doença foi à falta de cuidado, a gente comia de tudo, a gente não tem dieta nem nada. E o trabalho né? Trabalhei muito... quando era jovem trabalhei muito, muito estresse [...] (ID1).”

“[...] comecei a me tratar com o médico do posto... eu tenho muita dor na coluna, por que quando era mais nova trabalhei de mais né... [...] (ID3).”

“[...] a minha vida era só trabalhar, toda vida no serviço pesado... a gente ia de casa pro serviço e do serviço pra casa... não tinha tempo pra nada [...] (ID9).”

De acordo com American Psychological Association (2015), a preocupação com a situação financeira e o trabalho está entre as principais causas de estresse emocional. 72% dos adultos reportaram que se sentem estressados em boa parte do tempo, enquanto 26% se sentem estressados na maioria do tempo ou o tempo todo. Sendo assim, durante a vida adulta esse estresse gerado em função do trabalho, responsabilidades e situação financeira pode afetar a vida em diversos aspectos, prejudicando a saúde mental e física. Em relação a saúde física a falta do autocuidado pode gerar cansaço extremo, dificuldade de concentração, irritação e problemas crônicos (SOUZA, 2017).

É interessante que os idosos reconhecem o descuido que tiveram consigo durante a vida adulta, seja justificado pelo excesso de trabalho ou ignorância. Assim tornam-se lúcidos diante do aprendizado e consciência das lições que tiraram com as vivências. Para Morin (2010), o aprendizado da auto-observação faz parte do aprendizado da lucidez. A aptidão reflexiva do espírito humano, que o torna capaz de considerar-se a si mesmo deveria ser encorajada e estimulada em todos. Trata-se de exemplificar constantemente como o egocentrismo é autojustificador e transformador.

Neste contexto seria interessante estimular os idosos com DCNT, a escrita de diário e reflexão sobre os acontecimentos vivenciados, demonstrando que a aprendizagem da compreensão e da lucidez, além de não ser concluída, pode ser recomeçada e regenerada. Através do contato consigo e reflexão sobre atitudes, é possível acontecer o primeiro impulso para mudança de hábitos comportamentais e físicos.

A partir da consciência e reflexão formada com atitudes de descuido durante a vida adulta, surgiram questões de causa e efeito. Conforme os relatos dos idosos, estes acreditam que é preciso vivenciar as consequências do que foi feito no decorrer da vida, com a consciência vêm a autoresponsabilidade, presente nos relatos como forma de recompensa dos erros (MORIN, 2010).

“[...] eu não culpo ninguém, eu mesma fui à culpada de estar aqui. Eu tenho consciência... por que eu fiz tudo errado... se cuida por que não é fácil... [...] (ID11).”

“[...] se eu arrumei o problema quem tem que caminhar com o problema sou eu, por que eu vou pegar apoio de alguém? Nem que eu tenha que me arrastar, eu faço as pequenas coisas que eu posso sozinho... [...] (ID13).”

“[...] Se tu não cair a primeira vez tu não vai saber se levantar. Eu tive que cair... por que quando tudo está bom a gente não aprende... [...] (ID15)”

Para Morin (2010) é preciso entender, aprender e ultrapassar a causalidade delinear de causa e efeito. Compreender a causalidade mútua inter-relacionada, a causalidade circular (retroativa, recursiva) as incertezas da causalidade, pois as mesmas causas não produzem sempre os mesmos efeitos, quando os sistemas que elas afetam têm reações diferentes, e por que causas diferentes podem provocar os mesmos efeitos. Assim, será formada a consciência capaz de enfrentar complexidades.

Conforme a complexidade do ser, a aprendizagem da vida pode ser realizada por duas vias, a interna e a externa. A via interna passa pelo exame de si, a autoanálise e autocrítica. O autoexame deve ser ensinado desde o primário e durante todo ele. São mostrados, particularmente, erros ou deformações que ocorrem nos testemunhos mais sinceros e convictos; enfatizando a maneira com que a mente oculta os fatos que contrariam sua visão das coisas: mostraria que as coisas dependem mais da forma em que se está pensando do que a quantidade de informações. A via externa seria a introdução ao conhecimento das mídias e que através delas teriam a oportunidade de ampliar o conhecimento.

Para Morin (2005), o ser humano emerge de diferentes pontos, comportando insuficiência, limitação, egocentrismo, mas também vontade, consciência, interrogação e de busca, surge não só com a desordem, a incerteza, a contradição, o assombro diante do cosmo, a perda do ponto de observação, mas também e simultaneamente, com a tomada de consciência e seu enraizamento cultural, social e espiritual. E assim, diante de contradições vai vivendo sua complexidade e aumentando as oportunidades de aprendizado com a vida diária.

Na categoria **Se apegando com a religião/crença e esperança** surgiram declarações sobre o enfrentamento da doença, com vivência a situações adversas e dificuldades do tratamento. É enfatizada de forma favorável a fé e o apoio da religião, conforme depoimentos que reforçaram essa questão.

Na subcategoria **Vivenciando a fé** os idosos percebem a religião e o próprio sentimento de fé como estratégia enfrentamento dos momentos difíceis. Alguns idosos percebem o tratamento como oportunidade de viver e a crença como forma de encontrar força.

“[...] Eu tenho uma crença religiosa muito grande... não é fanatismo, mas eu acredito nas coisas principais que a gente deve acreditar e a mente da gente tem muita influência... pensamento positivo e a minha fé ajudam muito a enfrentar... por que a gente sabe que Deus é maior e que nada é por acaso... Deus não vai fechar as portas... alguma coisa eu ainda tenho que fazer nesse mundo... [...] (ID05).”

“[...] Eu tenho muita fé. Aqui eu fico rezando, eu sinto que me dá força para enfrentar tudo isso... a fé ajuda a enfrentar tudo na sua vida [...] (ID11).”

“[...] A gente tem Deus na vida... e Deus me deu oportunidade de viver mais um dia. Me deu uma chance... um privilégio da parte de Deus. Eu continuo crescendo para crescer diante de Deus, por que existe algo dentro de mim que ninguém vê... é a minha alma, e ela não se alimenta da Terra por que é da Terra... a alma se alimenta das coisas do Alto [...] (ID09).”

No cotidiano da área da saúde, paulatinamente tem se tornado fortalecida a relação entre espiritualidade e saúde como fator constante. A dimensão espiritual foi introduzida no conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, fortalecendo sua importância para a saúde da sociedade (NUNES et al., 2017). Além disso, alguns estudos evidenciam que para a evolução do quadro clínico dos pacientes com DRC que fazem hemodiálise, os cuidados espirituais são tidos como estratégias positivas, necessárias, também compreendidas como fonte de enfrentamento e de melhora da qualidade de vida (PILGER et al., 2017).

Para compreender melhor, é necessário diferenciar os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade. As religiões costumam ditar os valores morais, e estabelecem a relação entre o homem e um ser superior no qual este acredita. A espiritualidade é a busca pessoal para questões relacionadas à vida, ao seu sentido; sobre as relações com o sagrado ou com o transcendental, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas. A religiosidade trata-se do nível de envolvimento que o ser humano possui com sua religião (NUNES et al., 2017)

Com o processo de envelhecimento, a religiosidade e espiritualidade representam importante ferramenta de suporte emocional, que pode refletir diretamente a saúde física e mental. Auxilia na capacidade de suportar limitações e perdas inerentes a vivência (REIS; MENEZES, 2017).

Para Edgar Morin (2005), da ausência de compreensão objetiva emerge a subjetividade. E assim, temos questões inevitáveis: quem somos neste mundo? De onde observamos? Como concebemos e descrevemos o mundo? Estas questões não podem ser encerradas no quadro estritamente físico. Não basta dizer que vive no terceiro planeta de um sol, na periferia de uma galáxia periférica chamada Via Láctea, que somos seres construídos por átomos forjados no nosso Sol. É preciso pronunciar que também somos espíritos organizados biologicamente, dispondo de aparelho cerebral útil para considerar nosso meio local, concebendo o infinitamente pequeno subatômico, e o grande macrocósmico. Essas questões profundas são apenas o início da longa jornada do sentido da vida.

Considerando o que Morin diz sobre espiritualidade, de sua magnitude diante da consciência do espírito e de que forma essas questões podem influenciar o modo do idoso enfrentar suas vivências é relevante. Sendo que pode ser considerada como busca pessoal para entender questões da vida, significados, que pode ou não envolver prática religiosa (CURCIO, 2013).

Ainda nessa subcategoria os idosos relataram esperança de cura através de milagre, em função da esperança sua religião, aumentando a expectativa de vida.

“[...] Com a fé que eu tenho no meu Deus... daqui há 2 anos estarei curada... em nome de Jesus. [...] (ID3).”

As questões da religiosidade e da espiritualidade devem ser tidas como fundamentais, haja vista a influências das práticas religiosas na superação da dor emocional e autoconfiança em lidar com situações difíceis. Diante do entendimento da doença e do próprio estado de saúde, o paciente se envolve em dimensões subjetivas, emocionais e religiosas, em busca de mecanismos que sirvam de estratégias para aumentar o fortalecimento. Neste aspecto, a religião e a espiritualidade podem ser elemento de apoio no processo de adoecimento (COULIBALY; ALVES, 2016).

A doença pode gerar dor e sofrimento e trazer modificações no cotidiano, isso pode promover dúvida em relação à confiança em Deus. Nesses casos, a espiritualidade pode influenciar na esperança, aumenta a perspectiva de futuro, de viver melhor e também de cura (COULIBALY; ALVES, 2016).

O Princípio Círculo Recursivo diz que os seres humanos são produtos de várias eras, porém esse sistema só acontece se os seres se tornem produtos e se aclopem a ele. Dessa forma, os seres humanos produzem a sociedade pelas suas interações,

O conhecimento científico se destoa quando comparado a depoimentos que visam buscar a cura através da fé. Pois para tal confiança a cura virá por meio da religiosidade e se alimenta de esperança. Dessa forma, dentro do próprio sistema se criou outra maneira de enfrentar as dificuldades e viver melhor.

Na subcategoria **Recebendo apoio e força da família** surgiram questões de proatividade familiar, esta configura-se como importante ferramenta de adaptação psicológica aos eventos estressores decorrentes da hemodiálise. Na maior parte dos discursos dos pacientes a família foi parte das estratégias de enfrentamento, principalmente no início de todo processo.

“[...] Aí minhas filhas disseram: se ela morrer nós somos as responsáveis, por que nós vamos levar a mãe sim, não vamos deixar ela se acabar assim, e aí elas me trouxeram, elas arrumaram tudo... eu tenho duas filhas que são muito queridas, eu tenho duas mães... nossa... e elas falam com carinho comigo... [...] (ID01).”

“[...] aprendi a ficar mais tranquila... por que tenho uma benção e essa benção foi o meu marido, ele é tudo na minha vida, agora a minha filha tá passando um mês comigo para me ajudar... marido não quer que eu deixe de fazer hemodiálise nenhum dia, todo eu dia eu tenho que fazer [...]”. (ID02).”

“[...] a minha família me deu muita força... a minha família é o meu ponto de partido, de tudo. Depois da doença, fortaleceu isso ainda mais... porque eu costumo dizer que os meus filhos me espiam, se eu to fazendo alguma coisa que não pode eles já falam... a esposa sempre vem comigo... a minha esposa é meu braço direito.. me ajuda em tudo... [...] (ID05).”

Durante o tratamento, a família pode servir de suporte em situações de estresse, auxiliando e amenizando no impacto que a hemodiálise pode gerar nos idosos. Por isso, eles visualizam a família como mudança positiva em seus processos de saúde doença, a partir desse suporte tiveram possibilidade de enxergar pontos positivos (SILVA et al., 2016).

De acordo com Hellinger, a família é o primeiro núcleo social, e os relacionamentos podem ser conduzidos por leis ocultas de seus sistemas familiares. Assim, se aprecia a autopercepção construída a partir do sistema humano do qual originou sua família e como podem ser conduzidos tais situações e relações (CÉSPEDES, 2017).

Na subcategoria **Valorizando a família** alguns idosos relataram como a família é importante no processo de saúde doença e como a valorizam.

“A minha família é o ponto de partida, de tudo. Depois da doença isso se fortaleceu ainda mais... A alegria, a compreensão que tive da minha família ajudou muito, eles me respeitam muito, continuam me compreendendo sempre e isso me dá muita força. (ID5).”

“Tem muitas coisas que eu nem dava bola antes... agora já vejo a vida de outra forma... tenho uma filha de 16 anos... agora eu já penso nisso, achei que eu ia morrer. Eu tenho 3 netos, ontem fui lá na casa de um deles e fiquei agarrada com ele e pedi pra me dar força... (ID11).”

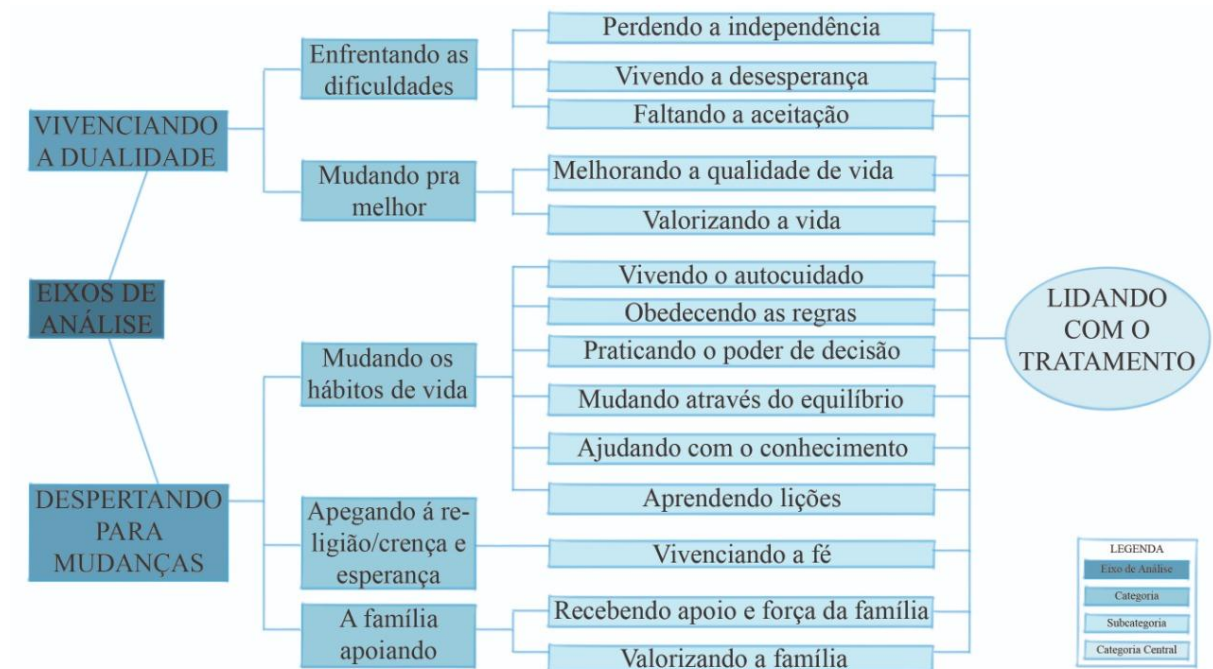
“Sem família a gente não é nada. Hoje minha família me valoriza bem mais, por que quando tinha saúde a gente corria pra lá e pra cá... daí hoje eles veem que precisa de um tempo pra mim, me dar atenção... isso me deixa feliz. (ID9).”

Para o idoso a família pode ser caracterizada por afeto, compromisso, presença e auxílio à sobrevivência (segurança, alimentação e manutenção do lar), além do apoio afetivo, cognitivo e social, aceitação e amor. Em estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP) com seus famílias, o apoio da família é fator essencial para o envelhecimento saudável (PERSEGUINO; HORTA; RIBEIRO, 2017).

Para compreender um sistema complexo não se deve olhar com o pensamento reducionista, segundo o Princípio Hologramático de Morin. Ou seja, não se deve compreender o todo a partir da separação, simplificação e redução das partes. Assim, não é possível separar o idoso de onde ele vive, mas considerar seu contexto, pois o que acontece e as informações do sistema tem relação de inseparabilidade. É preciso considerar a relação entre os elementos envolvidos (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

Dessa forma, é necessário considerar o idoso dentro do sistema em que está inserido, e essa forma de compreensão pode afetar a maneira como ele enfrenta as mudanças de hábitos no tratamento. A valorização da família se fortaleceu no dia a dia após a vivência do tratamento, esse vínculo se tornou essencial e com aspectos positivos, segundo o depoimento dos idosos. Portanto, evidencia-se o princípio hologramático na relação do idoso com a família. A seguir, tem-se figura com esquema explicativo dos resultados obtidos.

Figura 2 - Esquema dos resultados do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2018.



Fonte: elaborado pela própria autora.

Apresenta-se na sequência o manuscrito elaborado com base nos resultados do estudo.

7. MANUSCRITO

CONVIVENDO COM O TRATAMENTO: EXPERIÊNCIA DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA PERSPECTIVA DE HEMODIÁLISE

RESUMO: Objetivo: compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Método:** pesquisa qualitativa com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. O cenário foi o setor de hemodiálise de hospital Universitário do Sul de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com total de 20 participantes. A análise de dados se deu por meio da codificação inicial e focalizada e categorização. **Resultados:** obteve-se a categoria central: “Convivendo como tratamento”, a qual é sustentada por cinco categorias: 1) Enfrentando as dificuldades; 2) Mudando para melhor; 3) Mudando os hábitos de vida; 4) Se apegando a religião/crença e esperança e 5) A família apoiando. **Considerações finais:** os idosos desenvolvem a auto-organização diante de seus processos de mudança de hábitos apesar das dificuldades enfrentadas no tratamento. O processo de mudança de hábitos torna-se real diante de situação limite de saúde/doença.

Descritores: Idoso; Diálise Renal; Mudança; Comportamento; Adaptação Psicológica; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da população idosa as doenças crônicas não transmissíveis têm se tornado mais prevalentes, com destaque para a Hipertensão e o Diabetes *Mellitus*, principais responsáveis pela origem da Doença Renal Crônica (DRC), patologia considerada como problema de saúde pública, que desencadeia diversas complicações, como mortalidade precoce e complicações cardiovasculares (MEIRA et al., 2016).

O tratamento hemodialítico é realizado por pacientes na fase aguda da doença e que precisam de hemodiálise em curto período, bem como para pacientes com DRC avançada que precisam de terapia de substituição renal em longo prazo ou permanente. A hemodiálise evita a morte e possibilita tratamento, porém não cura a doença renal nem compensa a perda das atividades endócrinas ou metabólicas dos rins (SMELTZER et al., 2014).

E assim, o idoso passa por mudanças repentinas em sua rotina, o que pode afetar o conceito de vida para ele, podendo gerar pensamentos de esperança, explicação, cura e entendimento do processo de adoecimento e morte (ALMEIDA, 2015).

A dimensão psicológica é uma das questões mais afetadas em idosos que realizam hemodiálise, segundo estudos realizados. Dessa forma, há necessidade da inclusão de propostas de cuidado que fortaleçam e propiciem momentos de reflexão sobre diversos aspectos da vida e apoio psicológico (PEREIRA et al., 2017).

Para compreender melhor a complexidade que envolve essa mudança da vida cotidiana Morin formaliza o princípio da auto-eco-organização, no qual o ser humano se auto organiza dependente de estímulos externos fazendo emergir propriedades novas. Relacionando com esse princípio, os idosos se organizam dentro dos seus próprios sistemas e criam alternativas para vivenciar com o desgaste do dia a dia, onde fazem pequenas atividade para se sentirem bem. Então, se cria novas formas de fazer remodelando novas realidades (MORIN, 2000).

Para contribuir com o desenvolvimento da prática do enfermeiro e avançar com os estudos sobre a temática, se definiu como questão norteadora de pesquisa: Como os idosos com DRC em tratamento hemodialítico experienciam as mudanças de hábitos de vida? E tem-se como objetivo compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo fundamentada na epistemologia da complexidade, referenciando-se no pensamento de Edgar Morin. Seguiu o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) construtivista.

O cenário da pesquisa foi um hospital universitário da Região do Sul do Brasil. Teve como participantes vinte idosos que realizam tratamento hemodialítico. Os dados foram coletados nos meses de junho a julho, por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, as quais foram gravadas na clínica de hemodiálise, duraram cerca de 20 minutos e foram transcritas na íntegra.

Foram utilizados memorandos, que tiveram o objetivo de ampliar o conhecimento e compreensão do fenômeno do estudo, e que se tornaram etapa intermediária da pesquisa. (CHARMAZ, 2009). A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na fase inicial realizou-se codificação de cada segmento de dado, seguido por fase seletiva e focalizada nos

dados mais frequentes para então poder classificar, integrar, sintetizar e organizar os dados em eixos temáticos, categorias e subcategorias (SANTOS, 2014).

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de referência nº 80653217.3.0000.0121 e os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A partir do processo de análise se formou a categoria central: “Convivendo com o tratamento” a qual é composta por dois grandes eixos temáticos: I) Vivenciando a dualidade; II) Despertando para as mudanças de hábitos de vida. Do Eixo de Análise I, surgiram duas categorias: 1) Enfrentando as dificuldades e 2) Mudando para melhor. Do Eixo de Análise II, surgiram três categorias: 3) Mudando os hábitos de vida; 4) Se apegando a religião/crença e esperança e 5) A família apoiando.

Na categoria **Enfrentando as dificuldades**, verificou-se que para os idosos a hemodiálise significa algo difícil de ser vivenciado, incitando sentimentos de dependência do tratamento, porém com necessidade de realizá-lo. Na subcategoria **Perdendo a independência** os depoimentos refletem a mudança desgastante na rotina e a perda da independência para realizar tarefas que tinham prazer de fazer antes do tratamento, como o convívio social e as atividades da casa. O que se torna difícil é a dependência de seus familiares. Dessa forma, as faltas de atividades os deixam na inércia e o sentimento de inutilidade vem à tona. Porém, apesar das dificuldades é notável a luta pela autonomia na busca para realizar sozinho pequenas atividades diárias que lhes dão prazer.

Eu era uma pessoa boa, ia em tudo quanto é lugar, festas, passeios, mas depois de dois anos pra cá não sai mais... só em casa... não deixam a gente sair para lugar nenhum. É essa vida aqui né... vir 3 vezes por semana, não tem como eu sair para lugar nenhum, nem viajar, nem passear. Aprendi que a gente tem que conviver com a doença e aceitar. (ID18).

Ah, antes eu podia fazer todo o serviço né... fazia faxina e tudo na minha casa. Hoje até a minha faxina tenho que pagar... mudou tudo...Ter que vir 3 vezes por semana... Mas eu me conformei, no começo a gente fica meia triste mas depois pronto” (ID7).

Costumo dizer que essa doença é a doença da preguiça. Antes eu trabalhava demais, cuidava da casa, fazia tudo, meu marido nunca fez nada. Agora depois que fiquei doente ele tomou conta... aprendeu a lavar roupa, tudo quem faz é ele agora. (ID2).

Ainda nesta subcategoria os idosos referem à dependência do tratamento para viver, visualizam-no como única saída, afirmam que o tratamento hemodialítico é a única alternativa de sobreviver, sendo esse o maior aprendizado do tratamento, a aceitação disso faz parte para enfrentamento. Para alguns a hemodiálise é forma de recomeçar, encarada como nova oportunidade de vida.

No começo foi muito difícil... mas a gente vai aceitando, é a única forma para gente durar mais um pouco né...(ID9).

E hoje eu penso que tem que fazer né... não tem mais opção. O negócio é aceitar e tocar pra frente. (ID12).

Eu diria que a pessoa fazer hemodiálise é uma oportunidade de passar por isso para acreditar que existe uma chance... é uma chance de a gente estar vivo... (ID5).

Na subcategoria **Faltando à aceitação** alguns idosos não têm perspectiva de futuro melhor e sim composto de declínios. Relataram a quantidade de situações negativas em suas vidas depois que iniciou o tratamento e apontam tristeza em relação à vida. Os idosos quando questionados sobre a percepção futura de vida, projetavam-se piores do que estão hoje ou até mesmo mortos.

De bom não vejo nada nos próximos anos... por que a gente tá amarrado nisso... (ID13).

Ah... daqui dois anos acho que vou estar pior do que hoje né... (ID19).

Daqui dois anos? Não sei se estarei vivo... (ID20).

Ainda na subcategoria **Faltando à aceitação**, verificou-se que a falta de aceitação da doença foi evidente, principalmente no início do tratamento. Muitos tiveram crises de ansiedade, choro e angústia, principalmente por não conhecer como seria o tratamento hemodialítico. A aceitação foi alternativa encontrada para enfrentar com mais facilidade adaptação ao tratamento, deste modo à vivência foi se tornando mais leve e tranquila.

Eu achei que fosse moleza, mas quando a médica disse que eu tinha que fazer... eu vim chorando pra cá... Passei muito mal aqui... Mas não é o bicho de sete cabeças que eu imaginava. Mas passei tempo para aceitar isso. (ID10).

Eu fui no nefrologista e ele disse que eu tava muito mal, mesmo assim nem liguei, comi um monte de coisas, fui viajar, bebi um monte... Até que tive que voltar ao médico e ele disse que eu tinha que fazer hemodiálise eu não aceitei... fiquei desesperada... achei que era o fim... mas com o tempo fui me adaptando (ID11).

Na subcategoria **Mudando para melhor** os idosos referem fatos positivos que passaram ao vivenciar a terapia hemodialítica. Na subcategoria **Melhorando a qualidade de vida**, durante a adaptação os idosos se sentiram mais dispostos, iniciaram processo de autocuidado relacionado à reeducação alimentar o que contribuiu para bem estar e benefícios para saúde. Relatam que após iniciar o tratamento se sentiram melhores fisicamente, pois antes não conseguiam realizar atividades básicas da vida diária.

Minha vida melhorou muito... eu vivia numa cama, hospital direto, não podia andar nada... agora já estou até andando e tudo... Emagreci... me sinto mais leve e bem... vou sair daqui uma mocinha. (ID1).

Depois que comecei o tratamento eu gostei... por que eu tinha uma dor na perna e depois que comecei aqui melhorei muito. Agora to mais ligeira... bem melhor. (ID6).

Mudou pra melhor, por que antes que não tinha disposição pra nada... Hoje me sinto mais disposto. Hoje eu valorizo bem mais minha saúde. (ID9).

Na subcategoria **Valorizando a vida** verificou-se que alguns idosos passaram a perceber outras perspectivas de vida a partir da vivência no tratamento. Aprenderam a valorizar a vida, saúde, autocuidado e os momentos em família, pessoas que convivem, ações que segundo eles não tinham tanta importância como nos dias atuais após passar pela hemodiálise.

Na categoria **Mudando os hábitos de vida** verifica-se como a mudança de hábitos é complexa diante do tratamento da hemodiálise e os idosos experenciam de formas diferente esse processo, porém buscando o melhor na sua logística.

A subcategoria **Vivendo o autocuidado** evidenciou que os idosos relatam em vários momentos a palavra “cuidado” ou a falta dele. Desde o início da doença essa palavra geram dúvidas, mudanças e incertezas. Nas entrevistas emergiram questões profundas a respeito da autocrítica, com reflexões a respeito de atitudes do passado e que refletiram nos dias de hoje. Essa consciência é fortalecida pelo aprendizado do tratamento e incita atitudes de autocuidado gerando corresponsabilidade.

[...]hoje dou mais valor a vida, olhar mais pro próximo... a vida é muito boa, hoje dou valor a saúde. Se cuidar mais um pouquinho... as vezes eu como as coisas e fico com culpa depois [...] (ID11).

[...] Eu tive que passar por tudo isso para poder parar com meus vícios por ignorância. A minha família, os amigos diziam para com esse cigarro... e eu falava: o que que vocês souberem que eu parei de

fumar e beber ou to morto ou to morrendo... é ignorância ou não é? Egoísmo puro, através do egoísmo que o cara aprende. [...] (ID15).

Tem muitas coisas que eu nem dava bola. Hoje já vejo a vida de outra forma... eu tava muito nem aí... hoje eu valorizo meus netos. A lição mais importante que tive é dar mais valor a vida, olhar mais pro próximo, a vida é muito boa, dar valor a saúde. (ID11).

Depois que estou aqui descobri mais vida dentro de mim e que não posso reclamar de nada... valorizo minha paz interior. (ID15).

Na subcategoria **Obedecendo às regras**, os idosos referem que para mudança de hábito é necessário seguir as orientações dos profissionais ou família rigorosamente. Isto se evidencia nos trechos de fala a seguir:

Hoje o médico sempre vai orientando né... a gente vai pegando o que ele vai falando. Cada um diz um negócio e eu faço, um diz: faz assim, e eu faço. Eu faço tudo que eles mandam. (ID2).

Marido mandou e eu vim. Minha filha ajudou muito... por que as vezes eu falo pra minha filha: eu não vou fazer mais hemodiálise e ela diz: que isso mãe? Quer morrer? E assim ela me ajuda a mudar os hábitos... (ID6).

[...] o que eu faço pra mudar? Eu faço tudo como está na folhinha... faço tudo como eles falam. O que eu posso e o que eu não posso comer... [...] (ID3).

A subcategoria **Praticando o poder de decisão** demonstrou que alguns idosos relatam não ter poder de decidir e que frequentemente sua família é quem decide por eles. Entretanto, alguns idosos referem que para o processo de mudança de hábitos é essencial ser detentor do poder de decisão, pois são os próprios que decidem mudar e mudam.

Minha filha que lutou para eu fazer o tratamento... ela marcou a hemodiálise e disse para mim que era pra fazer uma consulta, quando cheguei aqui era pra fazer hemodiálise e eu não sabia de nada... por que eu não queria fazer... eu achava que era pior... (ID6).

Eu fumava e bebia todos os dias. E eu pensei: vou parar e parei. Eu uso o meu poder de decisão para mudar meus hábitos. Eu decidi que ia mudar e mudei, consegui. A gente não pode ser teimoso, se a gente sabe o que tem que fazer e não faz é por que é teimoso... (ID20).

Para mudar é preciso autocontrole... de saber dizer não na hora certa e o sim também. (ID15).

Na subcategoria **Mudando através do equilíbrio** alguns idosos relataram que este foi utilizado como aprendizado e estratégia para mudança de hábitos, o equilíbrio ajuda a enfrentar as dificuldades.

Se a gente for bem certinho pela orientação daqui a gente morre antes da hora... pra quem sempre viveu com a alimentação sempre muito pesada... então a gente aprende a equilibrar... (ID9).

Uma das coisas mais difíceis foi à alimentação, eu comia de tudo e agora não posso comer quase nada... aí eu tive que equilibrar e acabei me acostumando... (ID15).

Meus hábitos mudaram muito... quando eu peguei o papel da nutricionista eu aprendi: tudo pode comer, o que tem que cuidar é quantidade... equilíbrio né. (ID20).

Na subcategoria **Ajudando com o conhecimento**, além das informações fornecidas pelos profissionais, os idosos relatam que buscam conhecimento sobre a doença nos meios de comunicação, principalmente através da internet. Além de informações sobre a doença e formas de autocuidado, procuram informações sobre o transplante, medida que serve de esperança para melhor qualidade de vida.

[...] Eu não sabia nada sobre a hemodíalise... depois eu fui pesquisar na internet, achei que era moleza... [...] (ID11).

[...] Eu queria fazer o transplante, ando pesquisando bastante sobre o assunto... eu olho em muitos sites científicos sobre isso... [...] (ID12).

Na subcategoria **Aprendendo lições** a falta de cuidado durante a vida adulta relacionada a excesso de trabalho, cotidiano agitado, inúmeras responsabilidades e maus hábitos foi abordado por alguns idosos nas entrevistas.

[...] eu acho que o que levou essa doença foi à falta de cuidado, a gente comia de tudo, a gente não tem dieta nem nada. E o trabalho né? Trabalhei muito... quando era jovem trabalhei muito, muito estresse [...] (ID1).

[...] comecei a me tratar com o médico do posto... eu tenho muita dor na coluna, por que quando era mais nova trabalhei de mais né... [...] (ID3).

[...] a minha vida era só trabalhar, toda vida no serviço pesado... a gente ia de casa pro serviço e do serviço pra casa... não tinha tempo pra nada [...] (ID9).

A partir da consciência e reflexão formada com atitudes de descuido durante a vida adulta, surgiram questões de causa e efeito. Conforme os relatos dos idosos, estes acreditam

que é preciso vivenciar as consequências do que foi feito no decorrer da vida, com a consciência vêm a autoresponsabilidade, presente nos relatos como forma de recompensa dos erros.

[...] eu não culpo ninguém, eu mesma fui à culpada de estar aqui. Eu tenho consciência... por que eu fiz tudo errado... se cuida por que não é fácil... [...] (ID11).

[...] se eu arrumei o problema quem tem que caminhar com o problema sou eu, por que eu vou pegar apoio de alguém? Nem que eu tenha que me arrastar, eu faço as pequenas coisas que eu posso sozinho... [...] (ID13).

[...] Se tu não cair a primeira vez tu não vai saber se levantar. Eu tive que cair... por que quando tudo está bom a gente não aprende... [...] (ID15).

Na categoria **Se apegando com a religião/crença e esperança** surgiram declarações sobre o enfrentamento da doença, com vivência a situações adversas e dificuldades do tratamento. É enfatizada de forma favorável a fé e o apoio da religião, conforme depoimentos que reforçaram essa questão.

Na categoria **Vivenciando a fé** os idosos percebem a religião e o próprio sentimento de fé como estratégia enfrentamento dos momentos difíceis. Alguns idosos percebem o tratamento como oportunidade de viver e a crença como forma de encontrar força.

[...] Eu tenho uma crença religiosa muito grande... não é fanatismo, mas eu acredito nas coisas principais que a gente deve acreditar e a mente da gente tem muita influência... pensamento positivo e a minha fé ajudam muito a enfrentar... por que a gente sabe que Deus é maior e que nada é por acaso... Deus não vai fechar as portas... alguma coisa eu ainda tenho que fazer nesse mundo... [...] (ID05).

[...] Eu tenho muita fé. Aqui eu fico rezando, eu sinto que me dá força para enfrentar tudo isso... a fé ajuda a enfrentar tudo na sua vida [...] (ID11).

[...] A gente tem Deus na vida... e Deus me deu oportunidade de viver mais um dia. Me deu uma chance... privilégio da parte de Deus. Eu continuo crescendo para crescer diante de Deus, por que existe algo dentro de mim que ninguém vê... é a minha alma, e ela não se alimenta da Terra por que é da Terra, ela se alimenta das coisas do Alto [...] (ID09).

Ainda nessa subcategoria surgiu uma fala de esperança de cura através de milagre, em função da esperança sua religião, aumentando a expectativa de vida.

[...] Com a fé que eu tenho no meu Deus... daqui há 2 anos estarei curada... em nome de Jesus. [...] (ID3).”

Na categoria **Recebendo apoio e força da família** surgiram questões de proatividade familiar como importante ferramenta de adaptação psicológica aos eventos estressores decorrentes da hemodiálise. Na maior parte dos discursos dos idosos a família foi parte das estratégias de enfrentamento, principalmente no início de todo processo.

[...] Aí minhas filhas disseram: se ela morrer nós somos as responsáveis, por que nós vamos levar a mãe sim, não vamos deixar ela se acabar assim, e aí elas me trouxeram, elas arrumaram tudo... eu tenho duas filhas que são muito queridas, eu tenho duas mães... nossa... e elas falam com carinho comigo... [...] (ID01).

[...] aprendi a ficar mais tranquila... por que tenho uma benção e essa benção foi o meu marido, ele é tudo na minha vida, agora a minha filha tá passando um mês comigo para me ajudar... marido não quer que eu deixe de fazer hemodiálise nenhum dia, todo eu dia eu tenho que fazer [...]”. (ID02).

[...] a minha família me deu muita força... a minha família é o meu ponto de partido, de tudo. Depois da doença, fortaleceu isso ainda mais... porque eu costumo dizer que os meus filhos me espiam, se eu to fazendo alguma coisa que não pode eles já falam... a esposa sempre vem comigo... a minha esposa é meu braço direito.. me ajuda em tudo... [...] (ID05).

Na subcategoria **Valorizando a família** alguns idosos relataram como a família é importante no processo de saúde doença e como a valorizam.

A minha família é o ponto de partida, de tudo. Depois da doença isso se fortaleceu ainda mais... A alegria, a compreensão que tive da minha família ajudou muito, eles me respeitam muito, continuam me compreendendo sempre e isso me dá muita força. (ID5).

Tem muitas coisas que eu nem dava bola antes... agora já vejo a vida de outra forma... tenho uma filha de 16 anos... agora eu já penso nisso, achei que eu ia morrer. Eu tenho 3 netos, ontem fui lá na casa de um deles e fiquei agarrada com ele e pedi pra me dar força... (ID11).

Sem família a gente não é nada. Hoje minha família me valoriza bem mais, por que quando tinha saúde a gente corria pra lá e pra cá... daí hoje eles veem que precisa de um tempo pra mim, me dar atenção... isso me deixa feliz. (ID9).

DISCUSSÃO

O tratamento hemodialítico se torna terapêutica de grande complexidade e que pode gerar difíceis consequências para os idosos. Estes seres têm de cumprir regime terapêutico rigoroso com restrições alimentares, alteração da imagem corporal, diminuição da atividade física, perda de autonomia, perda de viagens, diminuição do lazer, perda do emprego, alterações na dinâmica familiar e até mesmo, pode gerar sentimento de solidão associado ao isolamento social e ambiguidade entre o medo de viver e morrer (FERREIRA, 2017).

O desequilíbrio gerado no tratamento em relação ao estudo de saúde do idoso, incita a perda da integridade física e psíquica, seu lugar na família e sociedade. Pode abalar sua independência, pois geralmente depende de outras pessoas para realizar suas atividades cotidianas, como se locomover entre os lugares e limpeza da casa (FERREIRA, 2017).

Portanto, a hemodialíse modifica a vida cotidiana e essa nova realidade pode se tornar experiência difícil. A capacidade de transformação é concebida na nova realidade, pode se tornar difícil a transformação e adaptação ao novo cotidiano. Porém, quando o idoso é confrontado com limitações, pode mobilizar esforços e criar estratégias no sentido de se adaptar à nova vida (FERREIRA, 2017).

O princípio da Auto-eco-organização de Edgar Morin trás que os sistemas complexos se auto-organizam dependente de estímulos externos e assim emergem novas propriedades. Dessa maneira, é possível observar que os idosos em hemodiálise com pouca instrução e informações sobre o tratamento podem se organizar e criar dentro de seus próprios sistemas, estratégias para vivenciar com o desgaste do cotidiano. Então se cria novas formas de fazer, dentro dos seus sistemas complexos, gerando nova realidade e se remodelando (MORIN, 2000).

Diante disso, o idoso como ser humano exerce sua capacidade de se adaptar a nova situação. Muitos deles vivem esse novo processo como a única oportunidade de viver, arrastando a situação penosa dia após dia. Algumas se adaptam de forma positiva, agradecendo pela oportunidade de poder viver mais (FERREIRA, 2017).

No princípio Coexistência dos Opostos, Edgar Morin defende a sobreposição dos paradoxos, os opostos são simultaneamente antagônicos e complementares. Esse princípio se relaciona com a dependência de hemodiálise, com o fato dos idosos vivenciarem momentos divergentes no tratamento, por ora sentindo-se dependentes da hemodiálise e em outros felizes pela oportunidade de realizá-la (MORIN, 2000).

O princípio hologramático da complexidade, ultrapassa o reducionismo, está ligado recursividade, que é a organização do ser humano dentro do sistema em que está inserido.

Assim, para conhecer e se transformar, o ser humano depende da variedade de condições que a realidade lhe oferece e do estoque de idéias existentes para que faça, de maneira autônoma, as suas escolhas. Assim, a autonomia pode afirmar-se pelas determinações sociológicas, econômicas, políticas – em relação recíproca ao sistema auto-organizador e ao ecossistema (MORIN, 2000).

Partindo desse princípio, se busca a compreensão das escolhas de cada idoso no tratamento hemodialítico. Considerando que cada idoso tem sua própria história, repleta de diversas situações, inserido em sociedade, e que faz escolhas a partir das suas vivências, seja pelo passado ou pelo que vive no presente, encarando situações difíceis. Por isso, a transformação depende de cada um e se torna relativa, dependendo da variedade de condições em que a realidade lhe oferece, e assim poder fazer suas escolhas (MORIN, 2010a).

Diferentes significados são gerados no imaginário do idoso ao realizar hemodiálise, essas questões perpassam o reconhecimento da doença, suas consequências, efeitos medicamentosos, hábitos alimentares e vida social. Em geral, tais situações provocam medo, dúvidas, falta de esperança e insegurança quanto à cura e possibilidade de viver. Podem gerar desordens emocionais, emergindo sentimentos negativos que, quando sobrepostos à condição física afetam diretamente a qualidade de vida dessas pessoas (COUTINHO; COSTA, 2015).

De acordo com estudo comparativo de corte transversal realizado na UNIFESP com 50 pacientes em hemodiálise crônica mostra que a desesperança está fortemente relacionada com depressão e suicídio, mesmo em pacientes que são casados, religiosos e com filhos (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015). Edgar Morin aborda a Incerteza e Caos, na qual pequenas ações podem provocar grandes consequências e vice-versa. Nesta compreensão a incerteza torna-se socorro: a dúvida sobre a dúvida dá a dúvida uma dimensão nova, a da reflexão; a dúvida através da qual o ser humano se interroga sobre as condições de emergência e de existência de seu próprio pensamento constitui, a partir de agora, pensamento potencialmente relativista, relacionista e autoconhecedor (MORIN, 2000). Então a aceitação da confusão pode se tornar meio de resistir à simplificação mutiladora. Se no início não se dispõe de método, pelo menos pode-se dispor do antimétodo, pelo qual ignorância, incerteza e confusão tornam-se virtudes (DRESCH, 2013).

O Princípio da Incerteza e Caos mostra que a desordem muitas vezes está no âmago de diversas realidades da vida. E a incerteza pode exprimir o surgimento do inédito e do inesperado, pressupõe requerer o reconhecimento do lugar do movimento e da desordem. O movimento e os estágios da desordem são portadores de incerteza. Sob a ótica da complexidade, a incerteza torna-se possibilidade no processo de conhecimento (DRESCH,

2013). Por ser tratamento contínuo e permanente, a hemodiálise acarreta sérias mudanças na vida do idoso e seus familiares, sendo que as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento estão geralmente relacionadas a não aceitação da doença, falta de apoio familiar e social e a dificuldade de percepção de si próprio (MARTINS; ROSA; MARTINS, 2017).

O idoso pode vivenciar a hemodiálise de forma adaptativa, aceitando-a, para poder enfrentar as limitações por ela impostas. A aceitação é conceito que pretende traduzir o ato pessoal de receber e de admitir, com concordância interior, as exigências que a doença condiciona (BAPTISTA 2011). Portanto, nessa primeira fase do tratamento o sofrimento pode ser considerado fortalecedor, constituindo, percurso evolutivo, com recurso adaptativo e mobilizador de estratégias de sobrevivência. O sofrimento emerge no idoso suas crenças mais profundas e põe em causa a relação deste com o mundo. Emerge então o estímulo e oportunidade para reconstrução, que pode resultar no crescimento do ser humano (BAPTISTA 2011).

O todo organizado pode retro-atuar sobre os seres humanos, e dessa forma co-produzir em sua qualidade de seres humanos. Portanto, o processo de aceitação de cada idoso no tratamento hemodialítico se dá de forma única. E ele pode enfrentar as dificuldades e aceitar o tratamento de acordo com suas vivências e também onde vive, sua educação, linguagem e cultura. E assim, para que haja transformação e autonomia, o idoso pode necessitar de estrutura formada anteriormente (MORIN, 2000).

Morin defende que o princípio dialógico aborda a coexistência dos opostos, permitindo manter a dualidade no seio da unidade. Os idosos em tratamento hemodialítico, ao mesmo tempo que tem sentimentos negativos e dificuldades frente ao tratamento hemodialítico, também há bons sentimentos e reconhecimento dos benefícios do mesmo, pois em alguns aspectos aumentou a qualidade de vida. Portanto, nesse caso a dualidade contempla a complexidade do tratamento (MORIN, 2000).

Cada ser humano vive a existência humana de maneira única. Pois a vida tem seu próprio ritmo, porém frequentemente é vivida de maneira instintiva, pouco refletida e inconsciente. Quando acontece determinado fenômeno como a hemodiálise, há quebra da rotina incessante e momentos de reflexão surgem, assim a hemodiálise é considerada experiência difícil, porém com essência de transformação única (FERREIRA, 2017).

Deste modo as Relações Sistêmicas, na situação da hemodiálise, está presente repleta de situações caóticas dentro da rotina, se pode estabelecer relação de autoconhecimento e reflexão, podendo trazer a maior valorização da vida de acordo com os depoimentos dos idosos (MORAES; LATORRE, 2006).

A causalidade circular está presente na vivência dos idosos que realizam o tratamento hemodialítico, através do reconhecimento da causa e o efeito que gerou em suas vidas, geralmente permeado pela falta do cuidado. Nesse contexto se percebe o circuito que acabou gerando em suas vidas, confunde a causa com efeito, não possibilitando perceber onde inicia-se o processo, nesse sentido a lógica própria do ser vivo, leva a auto organização dentro de seu próprio sistema (ALVEZ; SEMINOTTI, 2006).

Além das questões físicas e biológicas, é preciso considerar as formas de estimular o idoso a participar do processo de tomada de decisão relacionado à própria saúde. Pois dessa forma entenderá melhor os possíveis danos e benefícios de cada ação a partir do reconhecimento das opções disponíveis dentro de seu contexto de vida (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Além da aceitação da doença crônica é preciso que haja o ressignificado dessa patologia na vida do idoso, integrando-a a sua rotina, ao ambiente familiar e fora dele. Ao longo desse processo, experiênciam-se dificuldades e situações de estresse, como mudança da rotina em relação à dieta e hábitos em geral. Deste modo quando realmente compreende os riscos e importância de seguir os cuidados necessários consegue incorporá-los ao seu cotidiano sem se sentir obrigado a realizar tais ações (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Diante disso, a enfermagem ao fazer o atendimento e acompanhamento do idoso com doença crônica, deve considerar suas crenças, preferências e o estágio de motivação para realizar mudanças de comportamentos em saúde. As ações de autocuidado devem ser planejadas em conjunto (enfermeiro e paciente), subsidiadas pela condição real de enfrentamento da doença em que o idoso se encontra. Portanto, se faz necessário que o idoso reconheça a relevância da implementação de mudanças em seu cotidiano, o quanto serão benéficas à sua saúde. Assim, o enfermeiro deve reforçar a importância de comportamentos positivos, além de apoiar o idoso nas decisões relacionadas ao autocuidado (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Deste modo, repensar a vida do idoso de forma ampla, atende a compreensão de Morin (2010) que não é possível conceber a complexidade humana por pensamento fragmentado, que não une as partes. Quando há avanços nos saberes dos fragmentos sem o esforço de religá-los, se permanece estático no conhecimento do todo. A condição humana envolve o enraizamento/desraizamento humano.

O enraizamento/desraizamento tem relação com a forma como os idosos experienciam o tratamento da DRC e enfatiza as questões físicas e biológicas do tratamento que se tornam desafios constantes. Já o desraizamento diz respeito à cultura desse idoso,

que propicia criar mecanismos de superação incluindo além de seus limites. A cultura pode frequentemente limitá-los, pela falta de empoderamento e poder de decisão diante de suas famílias evidenciado por suas falas (MORIN, 2010).

Uma das estratégias mais utilizadas para enfrentar novas mudanças é o equilíbrio. Morin (2010), na teoria da complexidade em seu princípio da auto organização, defende que o ser humano pode se organizar dentro de um sistema, nova situação faz emergir aprendizados e propriedades na vivência, dos estímulos externos. Dessa forma, o equilíbrio é a auto organização, sendo que os próprios idosos construíram essa estratégia de aprendizado para enfrentar as situações.

Morin apresenta a ideia da homeostase como propriedade e capacidade indispensável aos sistemas abertos, seres vivos, em especial, regulam seu ambiente interno em busca de sua estabilidade por meio de ajustes e mecanismos de regulação inter-relacionados. Esse poder de equilibrar as situações está diretamente ligado ao meio ambiente, seja ele biológico, cultural ou social. Dessa maneira, a autonomia dentro do sistema não é possível em termos absolutos, mas em termos relacionais e relativos (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

A auto-organização pessoal é processo pelo qual, a partir de ações desencadeadas por si mesmo, agente transforma suas condições de vida, superando dificuldades e atualizando potencialidades. Sua força motriz está no conceito de resiliência, quando o próprio agente se torna protagonista; se conduzido por agente externo, tratando-se da hetero-organização (PAIXÃO JUNIOR; PERREIRA JUNIOR; ILARIO, 2014).

Uma das questões relatadas pelos idosos é a religiosidade e da espiritualidade, haja vista a influências das práticas religiosas na superação da dor emocional e autoconfiança em lidar com situações difíceis. Diante do entendimento da doença e do próprio estado de saúde, o idoso se envolve em dimensões subjetivas, emocionais e religiosas, em busca de mecanismos que sirvam de estratégias para aumentar o fortalecimento. Neste aspecto, a religião e a espiritualidade podem ser elemento de apoio no processo de adoecimento (COULIBALY; ALVES, 2016).

Dessa forma, a doença geralmente produz sofrimento e traz modificações no cotidiano, que podem promover dúvida como sustentar a confiança em Deus ou divindade. E nesses casos, a espiritualidade pode instigar a esperança, aumentar perspectiva de futuro melhor, de viver com qualidade de vida ou então esperança de cura (COULIBALY; ALVES, 2016).

Pesquisas têm sido realizadas e desenvolvidas no sentido de comprovar que faz bem a crença, o cultivo da fé a participação em comunidade, ajudando os seres humanos a viver mais e ressaltando a fé como fator de saúde importante (COULIBALY; ALVES, 2016).

Morin e Moigne trazem no Princípio Círculo Recursivo que os seres humanos são produtos de sistema de várias eras, porém esse sistema só irá se reproduzir caso os seres se tornem produtos e se acoplem a ele. Sendo assim, os seres humanos produzem a sociedade pelas suas interações, mas a sociedade produz a humanidade desses seres humanos, trazendo-lhe linguagem e cultura. Portanto, podem se acoplar ao sistema e estarem abertos a diferentes oportunidades, visualizando outras maneiras de enfrentar as dificuldades diante de estratégias que buscam o equilíbrio para se viver melhor, e através da reflexão e mudança de hábitos poderão se surpreender com novas possibilidades de viver com mais qualidade de vida (MORIN; MOIGNE, 2000).

No caso do depoimento do idoso que visa buscar a cura através de sua fé o que instiga também a esperança, contradiz o conhecimento, destoa da certeza do conhecimento científico no sentido de que apenas através do tratamento se obtém a cura. Para esse idoso, a cura virá através da religiosidade e isso alimenta a sua esperança. Logo, dentro do seu próprio sistema criou maneira diferente de enfrentar as dificuldades em busca do equilíbrio e para viver melhor (MORIN; MOIGNE, 2000).

Nesse contexto, com o avançar da idade, a religiosidade e espiritualidade representam importante ferramenta de suporte emocional, que reflete de forma significativa a saúde física e mental. E assim, se dá pela capacidade de suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo, sendo que a vivência da espiritualidade possui importância e relevância para uma velhice com qualidade. Já a religiosidade é vista como uma forma de ajuda e proteção do estresse frente às perdas e às dificuldades (REIS; MENEZES, 2017).

Para Edgar Morin, da ausência de compreensão objetiva emerge a subjetividade. E assim, temos questões inevitáveis: quem somos neste mundo? De onde observamos? Como concebemos e descrevemos o mundo? Estas questões não podem ser encerradas no quadro estritamente físico. Não basta dizer que vive no terceiro planeta de um sol, na periferia de uma galáxia periférica chamada Via Láctea, que somos seres construídos por átomos forjados no nosso Sol. É preciso pronunciar que também somos espíritos organizados biologicamente, dispondo de aparelho cerebral útil para considerar nosso meio local, concebendo o infinitamente pequeno subatômico, e o grande macrocósmico. Essas questões profundas são apenas o início da longa jornada do sentido da vida (MORIN, 2005).

Dessa forma, a consideração de Morin sobre a espiritualidade, sua magnitude diante da consciência do espírito e como essas questões podem influenciar o modo do idoso enfrentar suas vivências é relevante. A espiritualidade é definida como busca pessoal para entender questões sobre a vida, sobre seu significado, relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas (CURCIO, 2013).

Estudos sobre as estratégias de enfrentamento em pacientes renais crônicos em Hemodiálise analisam positivamente a participação da família, que é considerada como medida de suporte diante das situações difíceis (SILVA et al., 2016). Nesse sentido, no tratamento a família pode ajudar evitando fatores de estresse, amenizando o impacto que o hemodiálise gera, permitindo avaliação positiva por parte do ser humano acerca de sua qualidade de vida (SILVA et al., 2016). Por isso, os idosos visualizam a família como mudança positiva em seus processos de saúde doença, pois a partir desse apoio puderam enfrentar o tratamento não somente pelo lado negativo.

Através da compreensão de Hellinger, pode-se apreciar a autopercepção construída a partir do sistema humano do qual originou sua família. A família é o primeiro núcleo social, e os relacionamentos humanos tendem a serem conduzidos pelas leis ocultas de seus sistemas familiares. Desde a troca de disponibilidade e atenção até a troca de bens materiais, reconhecimento diplomático, as boas trocas promovem relações amistosas, funcionando de modo crescente enriquecem e fortalecem as relações trazendo prosperidade e agradável bem viver (CÉSPEDES, 2017).

Em estudo realizado pela Universidade de São Paulo (USP) com seis famílias, para o idoso a família é caracterizada pelos aspectos fundamentais de afeto, compromisso, presença e auxílio à sobrevivência (segurança, alimentação e manutenção do lar), além do desenvolvimento afetivo, cognitivo e social e os sentimentos de sentir-se cuidado, amado e aceito. E assim, o apoio familiar na melhoria do bem estar é fator essencial para o envelhecimento saudável (CÉSPEDES, 2017).

O convívio social e as relações familiares são de grande importância no tratamento hemodialítico, visto que a doença gera alterações físicas, sociais, psíquicas e emocionais que muitas vezes levam ao isolamento e a quadros depressivos. E dessa forma, o vínculo familiar que estabelece relações positivas e que fornecem base para enfrentar as dificuldades se torna mais valorizado pelo idoso, acarretando em benefícios no processo de mudança de hábitos do tratamento (COSTA et al., 2016).

No Princípio Hologramático, Morin indica que não se pode compreender um sistema complexo, segundo o pensamento reducionista, ou seja, compreender o todo somente a partir

da separação, simplificação e redução das partes. Dessa maneira, considerando o sistema complexo não é possível separar o ser humano do seu ambiente, mas sim contextualizá-lo nesse meio, os acontecimentos e informações tem relação de inseparabilidade. Portanto, cabe contextualizar não somente o meio ambiente, mas às relações entre os elementos envolvidos (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

Portanto, a partir desse princípio se considera o ser humano dentro do sistema em que está inserido e junto com sua família, pode afetar a forma como enfrenta as mudanças de hábitos durante o tratamento. De acordo com os depoimentos dos idosos, a valorização da família se fortaleceu no cotidiano depois de vivenciar o tratamento, essa relação se tornou fundamental, emergindo aspectos positivos. Dessa forma, evidencia-se o princípio hologramático na relação do idoso com sua família (ALVES; SEMINOTTI, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou compreender que os idosos com DRC em tratamento hemodialítico experienciam as mudanças de hábitos de vida através da “auto-eco-organização”.

Os resultados mostraram que apesar das dificuldades vividas durante o tratamento, os idosos conseguem se organizar dentro de seus próprios sistemas e diante de seus recursos, conseguem se adaptar nos momentos de dificuldade.

O eixo central desse estudo foi à complexidade do ser humano idoso em tratamento hemodialítico. Dessa forma, reforça que a complexidade visa às interações entre as partes e o todo, possuindo olhar sensível para o global, mas não deixando de ver o essencial. Por isso, o idoso quando acometido pelo tratamento hemodialítico deve ser analisado em seu contexto ecossistêmico de saúde, envolvendo a família, idoso, rede de apoio e profissionais. A complexidade inerente a essa temática fortalece necessidade de efetiva mudança no olhar para o idoso em tratamento hemodialítico.

Na maioria dos casos, a mudança de hábitos é considerada necessária, pois está diante de situação limite. Apesar de se sentirem obrigados a seguirem as regras, encontram diferentes maneiras de encarar suas fragilidades no processo. Deste modo, o equilíbrio é a peça chave para a vida dos idosos em tratamento hemodialítico.

Esse estudo foi realizado em único cenário, o serviço de hemodiálise de um hospital universitário do Sul de Santa Catarina. Destaca-se a necessidade de novos estudos abrangendo essa temática, inclusive em outros contextos. Essa temática possui poucos estudos nessa área,

o que limitou o estudo de alguma maneira, portanto recomenda-se surgimento de novos estudos para que se ampliem os conhecimentos na área.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kerolayne Camila e Souza et al. Religious attitude of people with chronic kidney disease on hemodialysis. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 5, n. 2, p.4-10, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.26694/reufpi.v5i2.5042>.

ALVES, Míriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicologia Usp**, v. 17, n. 2, p.113-133, jun. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65642006000200006>.

ANDRADE, Sibela Vasconcelos; SESSO, Ricardo; DINIZ, Denise Helena de Madureira Pará. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p.55-63, 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150009>.

BAPTISTA, Maria Gorete de Jesus. **Aceitação da doença crônica aceitação da doença crônica Um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise**. 2011. 342 f. Dissertação de Doutorado em Biomedicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011.

CÉSPEDES, Adele Speck Rendón. **A Constelação Familiar aplicada ao Direito Brasileiro a partir da Lei de Mediação**. 2017. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise quantitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.

COSTA, Gabrielle Morais Arruda et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Enfermería Global**, v. 15, n. 3, p. 73-83, jul 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_clinica3.pdf>.

COULIBALY, Abdoulaye; ALVES, Vicente Paulo. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, v. 22, p. 323-339. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/34101/23435>>.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; COSTA, Fabrycianne Gonçalves. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p.449-459, ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449>.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva. **Validação da Versão em Português da "Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade**. 2013. 121 f. Dissertação (mestrado acadêmico) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2013.

DRESCH, Óberson Isac. **Complexidade e educação escolar: certezas e incertezas em diálogo**. 2013. 110 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí e Santa Rosa), Ijuí, 2013.

FERREIRA, Liliana Pereira. A dialética da vida cotidiana em hemodiálise: da descoberta ao inevitável. **Desenvolvimento e Sociedade**, São Paulo, n. 3, p. 111-142, dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/225/315>.

MARTINS, Lágila Cristina Nogueira; PEREIRA, Maria Elizabeth Roza; MARTINS, Larínia Carolina Nogueira. Assistência de enfermagem prestada às mulheres em hemodiálise em um hospital do triângulo mineiro. **Revista Brasileira Ciências da Saúde - Uscs**, p.28-36, jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol15n53.4582>.

MEIRA, Aline de Sousa et al. Frailty in elderly patients with chronic kidney disease under conservative treatment. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p.386-392, 30 jun. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300012>.

MORAES, Maria Cândida; LATORRE, Saturnino de. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. **Revista Eletrônica da PUC**, Porto Alegre, 2006, v. 29, n. 1, p. 145 – 172, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/440/336>>.

MORIN, Edgar. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, Edgar; MOIGNE, Jean Louis Le. **A Inteligência da Complexidade**. 1 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade**. 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, Edgar. **Meus demônios**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 276 p.

PAIXÃO JUNIOR, Valdir Gonzalez; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; ILARIO, Enidio. Auto-organização, complexidade e formação da consciência bioética. **Revista Bioethikos**, v. 8, n. 1, p.75-79, 31 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.15343/1981-8254.20140801075079>.

PEREIRA, Roberta Maria de Pina et al. Quality of life of elderly people with chronic kidney disease in conservative treatment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p.851-859, ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>.

PERSEGUINO, Marcelo Geovane; HORTA, Ana Lucia de Moraes; RIBEIRO, Circéa Amália. The family in face of the elderly's reality of living alone. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p.235-241, abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>.

REIS, Luana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p.761-766, ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>.

SANTOS, José Luís Guedes dos. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2014. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.147-154, 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>.

SMELTZER, Suzanne C et al. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

TESTON, Elen Ferraz; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.1-8, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170043>.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho teve como base a complexidade da vida dos idosos. O objetivo foi compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

O objetivo da pesquisa foi alcançado, pois por meio das entrevistas com os idosos verificou-se o processo de mudança de hábitos em suas vidas, partindo do princípio da auto organização, com equilíbrio diante das dificuldades que enfrentam em seus cotidianos.

Os idosos se organizam dentro de seus sistemas de vida e a partir de suas vivências adotam a melhor estratégia para mudar os hábitos, cada um conforme sua história, rede de apoio e autoconhecimento. A partir disso, se adaptam em meio às dificuldades, com estratégias baseadas na fé, religião, apoio da família, se equilibrando, cumprindo as regras.

Todas as situações citadas necessitam ser avaliadas com olhar global, estão contidas no todo diante da complexidade do ser humano. Por isso, a necessidade de olhar o idoso conforme ele está contido em seu sistema, visando às interações e retroações entre as partes e o todo.

Na maior parte dos casos a mudança de hábitos dos idosos foi considerada necessária diante de situação limite, portanto os idosos foram se encontrando no novo cenário da hemodiálise e para maioria deles o equilíbrio foi peça fundamental nesse processo.

Por meio dessa pesquisa foi possível aprofundar os conhecimentos na temática, além de servir de aprendizado e autoconhecimento para a pesquisadora, que devido a diversas situações pessoais vivenciadas conseguiu ressignificar e compreender processos internos relacionados à mudança de hábitos.

Esse estudo foi realizado em único cenário, o serviço de hemodiálise de um hospital universitário do Sul de Santa Catarina, portanto não se propõe a generalizações. Destaca-se a necessidade de novos estudos abrangendo essa temática, inclusive em outros contextos. Essa temática possui poucos estudos na área, portanto recomenda-se surgimento de novos estudos para que se ampliem os conhecimentos na área.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kerolayne Camila e Souza et al. Religious attitude of people with chronic kidney disease on hemodialysis. **Revista de Enfermagem da Ufpi**, Piauí, v. 5, n. 2, p.4-10, jun. 2015. Disponível em: <<http://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5042/pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

ALVES, Míriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. O pequeno grupo e o paradigma da complexidade em Edgar Morin. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 113-133, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000200006&lng=en&nrm=iso>.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Pernambuco, v. 2, n. 11, p.576-583, fev. 2017.

ANDRADE, Sibela Vasconcelos; SESSO, Ricardo; DINIZ, Denise Helena de Madureira Pará. Hopelessness, suicide ideation, and depression in chronic kidney disease patients on hemodialysis or transplant recipients. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 55-63, mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100055&lng=pt&nrm=iso>.

AVENDAÑO, David Jahel García et al. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p.1144-1205, 5 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.167>.

BAPTISTA, Maria Gorete de Jesus. **Aceitação da doença crônica**. 2011. 342 f. Dissertação de Doutorado em Biomedicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011.

BETTONI, Loren Caroline; OTTAVIANI, Ana Carolina; ORLANDI, Fabiana de Souza. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, p.181-186, 25 abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200006>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.

BOEIRA, Sérgio Luís et al. Reflexão sobre aspectos teóricos e epistemológicos da produção nacional relativa ao cooperativismo. In: **II Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração**, Florianópolis, 2012. Anais eletrônicos. Disponível em: <<https://www.coloquioepistemologia.com.br/Apresentados%20+%20convidados%20+%20p.pub/ADE108.pdf>>. Acesso em: 30 de jun 2017.

BURLA, Claudia et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en&nrm=iso>.

CALDERAN, Catiane et al. Self-care practices for peoples with chronic renal failure undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, p.3394-3402, 1 jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3394>.

CAMARANO, Ana Amélia et al. **Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas**. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3841/1/bmt54_nt01_envelhecimento.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

CARNEIRO, Antonio Carlos. Uma interpretação do ensino de filosofia segundo o mito da caverna. **Revista Filosófica São Boaventura**, São Paulo, v. 10, n. 2, p.67-77, dez. 2016.

CÉSPEDES, Adele Speck Rendón. **A Constelação Familiar aplicada ao Direito Brasileiro a partir da Lei de Mediação**. 2017. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro de Ciências Jurídicas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise quantitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.

COSTA, Gabrielle Morais Arruda et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Enfermería Global**, v. 15, n. 3, p. 73-83, jul 2016. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n43/pt_clinica3.pdf>.

COULIBALY, Abdoulaye; ALVES, Vicente Paulo. As crenças religiosas e espirituais no enfrentamento de desafios advindos das feridas crônicas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, v. 22, p. 323-339. 2016. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/34101/23435>>.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; COSTA, Fabrycianne Gonçalves. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p.449-459, ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449>.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva. **Validação da Versão em Português da "Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade"**. 2013. 121 f. Dissertação (mestrado acadêmico) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Brasileira, 2013.

DRESCH, Óberson Isac. **Complexidade e educação escolar: certezas e incertezas em diálogo**. 2013. 110 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí e Santa Rosa), Ijuí, 2013.

DUTRA, Fabiana Caetano Martins Silva e; SILVA, Helena Rita Oliveira. Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. **Estud. Interdiscipl.**

Envelhec, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p.775-791, out. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/43389/33285>>. Acesso em: 10 set. 2017.

ESTRADA, Adrian Alvarez. Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. **Akrópolis – Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/view/2812/2092>>.

FERREIRA, Liliana Pereira. A dialética da vida cotidiana em hemodiálise: da descoberta ao inevitável. **Desenvolvimento e Sociedade**, São Paulo, n. 3, p. 111-142, dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/225/315>.

FIGLIE, Neliana Buzi; GUIMARAES, Livia Pires. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.** São Paulo, v. 34, n. 87, p. 472-489, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso>.

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, Patrocínio Solon. **Educação e integralidade o conceito de integralidade no pensamento pedagógico de Edgar Morin, Paulo Freire e Leonardo Boff**. 2014. 385 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pedagogia, UFPE, Recife, 2014.

GENTILI, Pamela. **A escola mata a curiosidade - Edgar Morin**. 2007. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/25265124/ETICA-A-ESCOLA-MATA-A-CURIOSIDADE-EDGAR-MORIN>>. Acesso em: 30 out. 2017.

GESUALDO, Gabriela Dutra et al. Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3493-3498, nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.18222015>.

GOMES, Ingrid Meireles et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 1, n. 8, p.466-474, jan. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10360/11084>>.

GONCALVES, Fernanda Aguiar et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba - PR. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 467-474, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000400467&lng=en&nrm=iso>.

HESSEL, Stéphane; MORIN, Edgar. **O caminho da esperança**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. **Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo**. 2011. 180 f. Tese

(Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Expectativa de vida** [Internet]. 2013 Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/7827-expectativa-de-vida.html>>.

KOURILSKY-BELLIARD, Françoise. **Do desejo ao prazer de mudar: compreender e provocar a mudança**. Barueri, Sp: Manole, 2004.

LAWSON, Karen L. et al. The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population. **Global Advances In Health And Medicine**, Minnesota, v. 2, n. 3, p.40-47, maio 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833538/>>.

LIN, Chun-chih; HAN, Chin-yen; PAN, I-ju. A Qualitative Approach of Psychosocial Adaptation Process in Patients Undergoing Long-term Hemodialysis. **Asian Nursing Research**, v. 9, n. 1, p.35-41, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.007>.

LIU, Xiaodan et al. Prevalence and related factors of depressive symptoms in hemodialysis patients in northern China. **Bmc Psychiatry**, v. 17, n. 1, p.227-345, 5 abr. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1294-2>.

MARTINS, Lágila Cristina Nogueira; ROZA, Maria Elizabeth; MARTINS, Larínia Carolina Nogueira. Assistência de enfermagem prestada às mulheres em hemodiálise em um hospital do triângulo mineiro. **Rev. Aten. Saúde São Caetano do Sul**, Triângulo Mineiro, v. 15, n. 23, p.28-36, set. 2017. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4582/pdf>.

MEIRA, Aline de Sousa et al. Frailty in elderly patients with chronic kidney disease under conservative treatment. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p.386-392, 30 jun. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300012>.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p.3865-3876, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.

MENEZES, Fabiana Gatti de et al. Overview of hemodialysis treatment funded by the Brazilian Unified Health System - An economic perspective. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 3, p.367-378, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150057>.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MIYAHIRA, Clara Kimie et al. Avaliação da dor torácica, sono e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 23, n. 4, p.61-66, out. 2016.. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300012>.

MORAES, Maria Cândida; LATORRE, Saturnino de. Pesquisando a partir do pensamento complexo - elementos para uma metodologia de desenvolvimento eco-sistêmico. **Revista Eletrônica da PUC**, Porto Alegre, 2006, v. 29, n. 1, p. 145 – 172, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/440/336>>.

MORAES, Fernanda Cortez; SALES, Luís Henrique; PEREIRA, Pâmela Camila. Efeitos do exercício físico e sua influência da doença renal crônica sobre a força muscular, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Científica da Fepi**, Itajuba, v. 4, n. 1, p.1-24, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.fepi.br/revista/index.php/revista/article/view/519/390>>.

MORIN, Edgar; MOIGNE Jean Louis Le. **A Inteligência da Complexidade**. 1 ed. São Paulo: Peirópolis, 2000. 261 p.

MORIN, Edgar. **Meus demônios**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 276 p.

MORIN, Edgar. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 6. ed. Brasília: Unesco, 2002.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade**. 3.ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NEVES, Eloita Pereira. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: 1984. 14 p.

NUNES, Marília Gabrielle Santos et al . Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1102-1115, dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401102&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, Jelson Roberto de. Nietzsche e Voltaire: a propósito da dedicatória de Humano, Demasiado Humano. **Filosofia Unisinos**, v. 13, n. 1, p.58-67, 2 maio 2012. <http://dx.doi.org/10.4013/fsu.2012.131.05>.

OTTAVIANI, Ana Carolina et al. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p.248-254, abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3323.2409>.

PAIXÃO JUNIOR, Valdir Gonzalez; PEREIRA JUNIOR, Alfredo; ILARIO, Enidio. Auto-organização, complexidade e formação da consciência bioética. **Revista Bioethikos**, v. 8, n. 1, p.75-79, 31 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.15343/1981-8254.20140801075079>.

PALENCIA, Isabel Patricia Gómez et al. Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. **Investigación y Educación En Enfermería**, v. 34, n. 2, p.235-242, 15 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02>.

PAULA, Marlúbia Corrêa de; VIALI, Lori; GUIMARÃES, Gleny Terezinha Duro. Pesquisa Qualitativa como área para um crescente uso de CAQADS na análise textual: ocorrências e possibilidades delineadas (2004-2015). **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto Alegre, v. 1, n. 8, p.583-592, nov. 2016.

PEREIRA, Roberta Maria de Pina et al . Qualidade de vida de idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 851-859, aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0103>.

PEREIRA NETO, André et al . O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. p. 1653-1671, dez. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000500007>.

PEREIRA, Déborah Santana; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, dec. 2015.

PERSEGUINO, Marcelo Geovane; HORTA, Ana Lucia de Moraes; RIBEIRO, Circéa Amalia. The family in face of the elderly's reality of living alone. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p.235-241, abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0398>.

PILGER, Calópe et al. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p.689-696, ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>.

REIS, Luana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761-766, aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>.

RIBEIRO, Flávia Nascimento. Edgar Morin, o pensamento complexo e a educação. **Caderno de Produção Acadêmica Científica de Pós Graduação**, Espírito Santo, v. 17, n. 2, p.40-50, dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/PRODISCENTE/article/view/5804/4245>.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002007000200001>.

SANTOS, José Luís Guedes dos. **Governança da prática profissional de enfermagem no ambiente hospitalar**. 2014. 253p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SANTOS, Jose Luis Guedes dos et al. Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.327-335, set. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SILVA, Jacqueline Santos da. **Autoconhecimento como técnica psicoterapêutica para a mudança comportamental**. 2007. 53 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário de Brasília - Uniceub, Brasília, 2007.

SILVA, Richardson Augusto Rosendo da et al . Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 147-154, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lng=en&nrm=iso>.

SILVEIRA, Michele Marinho da; PORTUGUEZ, Mirna Wetters. Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. **Estudos de Psicologia (campinas)**, Campinas, v. 34, n. 2, p.261-268, jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000200007>.

SMELTZER, Suzanne C et al. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SOUZA, Fabio Tosta Gadelha. **Os efeitos do estresse financeiro no ambiente de trabalho brasileiro**. 2017. 56 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Economia e Finanças, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017.

TAROZZI, Massimiliano. **O que é grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2011.

TEIXEIRA, Fernanda Ismaela Rolim et al . Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 64-71, mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20150010>.

TESTON, Elen Ferraz; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sonia Silva. Perspectives of individuals with diabetes on selfcare: contributions for assistance. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.1-8, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.2017004>

UFSC. **Histórico**. 2017. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=13>. Acesso em: 14 out. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Bloco de Identificação

Nome do entrevistado: _____

Data de Nascimento: ___/___/____.

Local de nascimento: _____ Estado _____

Endereço: _____

Comorbidades: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tempo de hemodiálise: _____

1. Conte-me sobre:

- Como foi a descoberta da doença renal crônica? O que você pensou e sentiu naquele momento? Como aconteceu?
- Você poderia descrever os eventos que levaram ou procederam a descoberta da doença renal crônica? O que contribuiu para isso?
- Como você via a hemodiálise antes de isso acontecer? Depois que você descobriu a doença renal crônica a sua opinião a respeito desse tratamento mudou?
- O que você sabia sobre doença renal crônica? E agora o que você sabe?
- Como você descreveria a pessoa que você era naquela época (antes da DRC)? E agora?
- Como você aprendeu a lidar com o tratamento e a doença?
- Houve modificações positivas na sua vida desde a descoberta da DRC?
- Houve modificações negativas na sua vida desde a descoberta da DRC?
- Diga como você descreveria a pessoa que você é agora. Você mudou depois de descobrir a DRC e iniciar o tratamento? Se sim o que mais contribuiu para essa mudança?
- Você poderia descrever as lições mais importantes que aprendeu ao vivenciar o tratamento da doença renal crônica?
- Em que cenário você se vê daqui há dois anos?

- Quem mais ajudou você durante esse período de tratamento? De que maneira essa pessoa foi útil?
 - Fale sobre como suas ações (vida) podem ter se modificado desde que você está em tratamento.
 - Fale sobre as forças que você descobriu em você mesmo nesse processo. O que você mais valoriza em você mesmo agora? O que as outras pessoas valorizam em você?
 - Após ter passado por essas experiências, que conselho você daria a alguém que acaba de descobrir doença renal crônica e precisa realizar hemodiálise?
2. Com o tratamento hemodialítico houve mudanças em sua vida? Quais as estratégias que você utiliza para mudar seus hábitos comportamentais e físicos?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa: Mudança de hábitos de vida do idoso com Doença Renal Crônica (DRC) em Tratamento Hemodialítico.

As informações contidas nessa folha, fornecidas por Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Bianca Martins Dacoregio têm por objetivo firmar acordo escrito com nome do (a) depoente _____ para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela (e) será submetida (o). **1. Natureza da pesquisa:** esta pesquisa tem como objetivo geral: Identificar a percepção do idoso renal crônico sobre as mudanças de hábitos decorrentes do tratamento; Descrever como o idoso com doença renal crônica experiência seu tratamento hemodialítico; Construir teoria interpretativa sobre a possibilidade do prazer para expectativa de viver do idoso com doença renal crônica. **2. Justificativa:** importância da enfermagem identificar como se dá a mudança de hábitos para o tratamento da DRC, além de perceber como os idosos encaram a resistência em mudar e buscam expectativa de vida durante seu tratamento. **3. Participantes da pesquisa:** idosos que realizam hemodiálise no Centro Hemodialítico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago (HU-UFSC). **4. Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo você participará de entrevistas realizadas com auxílio de um gravador, com respostas a questões realizadas pela pesquisadora. Sempre que quiser poderá pedir mais informações e acompanhar a pesquisa, até mesmo após o seu encerramento, através do telefone da Pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. Esse termo será feito em duas vias, uma para o participante e outra via para o pesquisador e ambas devem ser rubricadas em todas as páginas e assinadas ao seu término, pelo participante e pelo responsável pela pesquisa. **5. Riscos e desconforto:** a pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este devido ao uso da gravação, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição que está vinculado. Será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza. **6. Confidencialidade:** tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a

confidencialidade das informações e ocorrerá em anonimato durante todas as fases da pesquisa. **7. Benefícios:** esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos relevantes à literatura, bem como no que se refere a mudança de hábito do idoso em tratamento hemodialítico, sendo assim as pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados obtidos. **7. Pagamento:** Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação. A pesquisa será bancada pelos próprios pesquisadores **8. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. **9. Indenização:** caso compreenda que houve algum dano eventual decorrente de sua participação nesta pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados e têm garantia de ressarcimento caso danos eventuais decorrentes da pesquisa aconteçam. Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo e consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Florianópolis, ____/_____/_____

Telefone para contato: _____

Nome do participante do estudo: _____

Assinatura do participante do estudo: _____

Pesquisadora: Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Endereço: Rua Delfino Conti,s/n Sala 304, Bloco CEPETEC, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC

Telefone para contato: 48 3721-2755 ou 48 99693-9266

Email: karina.h@ufsc.br

Bianca Martins Dacoregio – Representante Legal

Telefone para contato: (48) 996380089 Bianca

Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone: (48) 3721-6094

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis, Santa Catarina. CEP: 88040-400

ANEXOS

Anexo A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESPERTAR PARA MUDANÇA DO IDOSO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80653217.3.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.595.303

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para conclusão de curso de Graduação em Enfermagem, de Bianca Martins Dacoregio sob orientação da Profa Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, que assina a folha de rosto como pesquisador responsável juntamente com o Prof Jeferson Rodrigues, coordenador do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de estudo qualitativo que mostra a importância da enfermagem em identificar os processos e dificuldades que envolvem a mudança de hábitos para o tratamento da Doença Renal Crônica, além de perceber como os Idosos com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico encaram a resistência em mudar e buscam por melhor qualidade de vida durante seus tratamentos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a percepção do Idoso renal crônico sobre as mudanças de hábitos decorrentes do tratamento. Descrever como o Idoso com doença renal crônica experiencia seu tratamento hemodialítico. Construir matriz teórica sobre a possibilidade do prazer para expectativa de viver do Idoso com doença renal crônica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.303

Essa pesquisa pode oferecer riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição que está vinculado. Será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de qualquer natureza.

Benefícios:

Os benefícios do estudo estão relacionados à ampliação da visão das vivências e significados dos pacientes em tratamento hemodialítico, contribuindo para a melhoria do cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema e encontra-se adequadamente instrumentalizada do ponto de vista teórico e apresenta relevância científica. Apresenta a documentação para a tramitação junto ao CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - apresentada e assinada pelo coordenador da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina;

ANUÊNCIA - apresentada e assinada pelas instituições participantes;

DECLARAÇÕES - Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) instituição(ões) onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12;

TCLE - Apresenta TCLE que atende todas as exigências da resolução 466/12;

CRONOGRAMA - Cronograma previsto para iniciar após aprovação do comitê de ética.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@conteto.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.595.303

Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS DO PROJETO 1024216.pdf	14/03/2018 16:58:41		Acelto
Outros	Resposta.pdf	14/03/2018 16:58:05	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	14/03/2018 16:56:56	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	14/03/2018 16:55:52	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/03/2018 16:36:24	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	30/11/2017 16:48:35	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	28/11/2017 19:52:22	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto
Folha de Rosto	Scan0025.pdf	28/11/2017 19:46:57	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182 – TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO

Trata-se de importante temática de pesquisa, alinhada as mudanças demográficas no Brasil, fortalecida pela necessidade de ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a doença renal crônica.

Teve-se objetivo de Compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Para tanto utilizou-se a Teoria Fundamentada dos Dados com Abordagem Construtivista, com coleta de dados realizada entre junho de 2018 a julho de 2018, com idosos que realizam hemodiálise. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado nº 80653217.3.0000.0121 e os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados apresentaram-se na forma de manuscrito intitulado: Convivendo com o tratamento: experiência de idosos que convivem com o tratamento hemodialítico na perspectiva de hemodiálise. Esse trabalho teve como base a complexidade da vida dos idosos. O objetivo foi compreender as mudanças de hábitos de vida dos idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

Os idosos se organizam dentro de seus sistemas de vida e a partir de suas vivências adotam a melhor estratégia para mudar os hábitos, cada um conforme sua história, rede de apoio e autoconhecimento. A partir disso, se adaptam em meio às dificuldades, com estratégias baseadas na fé, religião, apoio da família, se equilibrando, cumprindo as regras.

Todas as situações citadas necessitam ser avaliadas com olhar global, estão contidas no todo diante da complexidade do ser humano. Por isso, a necessidade de olhar o idoso

conforme ele está contido em seu sistema, visando às interações e retroações entre as partes e o todo.

Na maior parte dos casos a mudança de hábitos dos idosos foi considerada necessária diante de situação limite, portanto os idosos foram se encontrando no novo cenário da hemodiálise e para maioria deles o equilíbrio foi peça fundamental nesse processo.

Por meio dessa pesquisa foi possível aprofundar os conhecimentos na temática, além de servir de aprendizado e autoconhecimento para a pesquisadora, que devido a diversas situações pessoais vivenciadas conseguiu ressignificar e compreender processos internos relacionados à mudança de hábitos.

Deste modo destaca-se a importância deste trabalho para a enfermagem, idosos e sociedade, possibilitando apresentar informações sobre as mudanças de vida durante o tratamento de hemodiálise, assim como as compreensões dos idosos sobre esse processo.

Atenciosamente



Assinatura do Orientador

Prof. Drª Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt