

SER DIABÉTICO E NEFROPATA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE: A COMPREENSÃO¹

BEING A DIABETIC AND NEPHROPHATIC IN HEMODIALISYS TREATMENT

Marta Maria Coelho Damasceno²

Maria Francilita Frota Loureiro³

Lucia de Fatima da Silva⁴

O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônico-degenerativa que, em geral, se acompanha de diversas complicações agudas ou crônicas, encontrando-se dentre estas últimas, a nefropatia. O objeto deste estudo fenomenológico é o *sentido* que a pessoa diabética nefropata atribui ao tratamento por hemodiálise. Considerando que este conhecimento só seria possível se pesquisado com quem vivencia a situação, a investigação objetivou compreender a existência da pessoa diabética e nefropata, a partir dos significados atribuídos às suas experiências vivenciadas. Para tanto, oito pessoas diabéticas que se submetem a sessões de hemodiálise foram entrevistadas, tendo como ponto de partida a questão: “Como tem sido sua vida desde que você passou a depender da hemodiálise?” Os discursos deixaram transparecer significações, apreendidas de imediato, de que ser um diabético nefropata equivale a ater-se a uma vida de sacrifícios, procurar alternativas para suportar o tratamento e aceitar a hemodiálise como condição imperativa de vida. Estas significações subsidiaram a busca do *sentido* da existência dessas pessoas, sendo que, para tal, o suporte de compreensão foi o discurso filosófico de Martin Heidegger sobre a existência humana, explicitado no ensaio *Ser e Tempo*. Assim, a análise ontológica revelou que a pessoa diabética nefropata mostrou-se aprisionada à existência inautêntica cotidiana, pelo tagarelar e pelo vigor de ter sido, embora se angustie quando procura aceitação e busca novas possibilidades de vir-a-ser. Ao final, foi possível reafirmar que a compreensão da existência dessas pessoas é necessária para que o enfermeiro planeje o seu cuidado de forma profissional, competente e humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes *Mellitus*. Hemodiálise. Fenomenologia. Cuidado de Enfermagem.

The Diabetes Mellitus is a chronic illness that, in general, brings some acute and chronic complications, among these, the renal ones. This is a phenomenological study which purposes the meaning the diabetic and renal person attributes to the haemodialytic treatment. Considering that this knowledge would only be possible if researched with who experienced the situation, the investigation aimed to understand the diabetic and renal person's existence, starting from the meanings attributed to his experiences. In order to make the study, eight diabetic people who were submitted the haemodialytic sessions were interviewed. The starting point was: How has your life been since you started to depend on the treatment? The speeches revealed significance, apprehended immediately, that to be a diabetic and a renal person it is the same as living a life of sacrifices, seeking for alternatives to tolerate the treatment and to accepting it as an imperative condition of life. These meanings subsidized the search of the sense of the existence skillful people, and for such, the understanding support was Martin Heidegger's philosophical speech about the human existence as demonstrated in Being and time. Thus, the ontological analysis revealed that the diabetic and renal person was shown trapped by chattering in the inauthentic daily existence and in the satisfaction once had, although the person becomes distressed when seeks acceptance and looks for new possibilities to come-to-be. At the end, it was possible to reaffirm that the understanding of the people's existence is necessary so that the nurse plans its care in a professional, competent and humanistic way.

KEYWORDS– Diabetes mellitus. Haemodialytic treatment. Phenomenology. Nursing care.

¹ Estudo desenvolvido pelo Projeto Cuidando da Saúde do Diabético/DENF/UFC/CNPq.

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

³ Mestre em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

⁴ Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira do Hospital de Messejana. Bolsista FUNCAP.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) caracteriza-se pela irregularidade no metabolismo dos glicídeos, lipídeos e proteínas, sendo a repercussão maior, a elevação no nível de glicose no sangue. Tal alteração está associada à falta absoluta ou relativa da produção de insulina pelo pâncreas. Por se tratar de uma patologia de características crônico-degenerativas, diante da sua ocorrência a pessoa precisa passar por um processo de adaptação a um novo estilo de vida, com o objetivo de controlar ou de reduzir as possíveis complicações dessa entidade mórbida.

Do ponto de vista epidemiológico, o DM oferece grande preocupação, posto que seus índices de prevalência e incidência são elevados, alcançando número elevado de pessoas (mais de 5 milhões de brasileiros são diabéticos), especialmente nos países desenvolvidos. Além disso, o DM tem sido responsável por repercussões econômicas e sociais relevantes, traduzidas na ocorrência de mortes prematuras, incapacidade física e absenteísmo no trabalho da população economicamente ativa. Associado a isto, há de se considerar que o DM é uma das doenças que mais geram internações hospitalares, além de freqüentemente estar associado às mortes provocadas por doenças cardiovasculares (ALMEIDA, 1997; BRASIL, 1996).

Nestas circunstâncias, o DM tem sido objeto das políticas públicas de saúde, na perspectiva de tentar a elucidação precoce do diagnóstico clínico, propiciar tratamento, reduzir e remediar suas complicações, tanto agudas como crônicas. É importante lembrar que o diagnóstico e tratamento das complicações dessa patologia demandam altos custos nos investimentos públicos de saúde.

Atingindo pessoas nas mais variadas fases do ciclo vital, o DM geralmente tem evolução insidiosa e, por isso, muitas vezes o diagnóstico médico é tardio e formulado, apenas, quando a cronicidade das manifestações já é uma evidência. Dentre as complicações crônicas que decorrem dessa patologia, destacam-se: as neuropatias, retinopatias, nefropatias, além das alterações na microvasculatura, em geral. Ressalte-se que as

complicações de caráter agudo recaem sobre as situações em que os níveis de glicose no sangue atingem índices não tolerados, seja por elevação – hiperglicemia – seja por redução – hipoglicemia.

O foco da presente investigação se volta para a ocorrência de nefropatias, representada por insuficiência renal crônica, como decorrência das alterações provocadas pelo DM. Nestas circunstâncias, o enfrentamento da situação pode ser mais difícil, uma vez que, além das alterações no estilo de vida requeridos para o tratamento, controle e cuidados do diabetes, a pessoa diabética que desenvolve nefropatia precisa, frequentemente, ser submetida ao tratamento dialítico, como forma de substituir a função renal prejudicada.

Para cuidar dessa clientela, é importante que a enfermeira volte sua atenção não só para os aspectos estruturais do fazer, como, também, para os de natureza existencial. Na literatura pertinente, estão plenamente descritas a condução clínica e a descrição das ações de enfermagem voltadas para as faces estruturais da questão; no entanto, percebe-se uma lacuna quando se trata da compreensão acerca do *sentido* que a pessoa diabética e nefropata atribui à sua existência.

Acreditando que este conhecimento é indispensável para a identificação de fenômenos, formulação diagnóstica, planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem, o objeto do estudo em referência é o desvelamento dos aspectos existenciais que permeiam o cotidiano do ser humano diabético, em especial do que desenvolve insuficiência renal crônica e, por isso mesmo, é submetido a tratamento regular por hemodiálise.

Nesse sentido, a investigação objetivou apreender a compreensão do existente diabético e portador de insuficiência renal crônica, a partir das significações que eles atribuem às experiências vivenciadas no cotidiano com a hemo-diálise.

A TEMÁTICA

Segundo Almeida (1997, p.3), DM é:

“Um grupo heterogêneo de doenças que diferem quanto à etiologia e patogênese e que alteram a

homeostase do homem, caracterizadas por distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, secundárias a uma deficiência ou ausência de produção de insulina pelo pâncreas e/ou diminuição de sua ação nos tecidos-alvo.”

Como consequência da alteração na produção do hormônio insulina, ocorre a hiperglicemia, caracterizada pelo aumento da concentração de glicose livre na corrente sanguínea. O fenômeno é responsável por manifestações em nível das membranas basais dos capilares sanguíneos, onde ocorre glicosilação não enzimática de proteínas e, ainda, formação de polióis que se acumulam nas células. São alterações celulares, responsáveis pelas complicações tardias e crônicas do DM.

Por ser uma síndrome de características crônico-degenerativas, capaz de provocar graves manifestações, tanto agudas quanto crônicas, a pessoa acometida de DM precisa ser acompanhada clinicamente, com a finalidade de manutenção do nível ideal de glicose no sangue. Só assim, é possível assegurar ao portador de DM menor probabilidade de surgimento das complicações referenciadas.

A classificação do DM, aceita mundialmente, baseia-se em estudos do *National Diabetes Data Group* (NDDG) dos Estados Unidos da América, que estabelecem a seguinte diferenciação: DM tipo I ou insulino dependente; DM tipo II ou não insulino dependente; Diabetes gestacional; Outros tipos de diabetes associados a certas síndromes e doenças; Tolerância diminuída à glicose; Anormalidade prévia de tolerância à glicose; Anormalidade potencial de tolerância à glicose (ALMEIDA, 1997).

Preocupamo-nos, no presente estudo, de modo especial, com as ocorrências de *DM tipo I e tipo II*, uma vez que essas situações são consideradas as principais responsáveis pelas alterações no estilo e qualidade de vida das pessoas portadoras de diabetes. Tais modificações provêm das situações em que a utilização parenteral e regular de injeções de insulina se faz uma imposição, o mesmo ocorrendo diante da necessidade da terapêutica à base de hipoglicemiantes orais.

Nessas condições, é imperioso que sejam cumpridos hábitos higieno-dietéticos indispensáveis ao controle glicêmico, quais sejam: a abstinência ou redução da ingestão de açúcar, sal e gorduras na dieta; manutenção do peso corporal ideal; realização de atividade física regular; e, ainda, prevenção, retardo e tratamento das complicações, tanto as de natureza aguda, quanto aquelas de caráter crônico.

Deste modo, a educação em saúde é fundamental para que se proporcione a essa clientela um aprendizado que lhe dê condições para o auto-cuidado, principalmente no que se refere a tornar efetivas as medidas necessárias para o convívio com a patologia. Tais pessoas precisam saber reconhecer os primeiros sinais de hipo/hiperglicemia, assim como devem ser orientadas quanto à prevenção de lesões nos membros inferiores.

A neuropatia diabética, de acordo com Almeida (1997), ocasiona, especialmente nas extremidades do corpo, diminuição na sensibilidade, donde a predisposição a esses danos. Frente à diminuição da circulação venosa local, essas lesões são de difícil cicatrização, muitas vezes levando a circunstâncias extremas, como a amputação do membro afetado. Cabe, portanto, à enfermeira, estabelecer um plano de educação para a saúde da clientela sob seus cuidados, posto ser ela a profissional com quem o cliente estabelece maior inter-relação.

Relatam os autores, que somente as retinopatias e as nefropatias podem ser identificadas a partir do acompanhamento clínico/oftalmológico criterioso e regular da pessoa diabética. Exames laboratoriais também podem contribuir para a identificação precoce da insuficiência renal decorrente das manifestações do DM, principalmente aqueles que permitem a avaliação da função renal, tais como dosagem sérica de creatinina, uréia e ácido úrico.

Cerca de 30 a 40% das pessoas diabéticas tipo I, e 5 a 10% do tipo II, desenvolvem nefropatias. Essa ocorrência tem tendência ainda maior quando a pessoa diabética é portadora de outras entidades mórbidas que, em associação com a diabetes, aumentam a possibilidade de falência

renal. Dentre essas, merecem destaque: a hipertensão arterial, obstrução urinária (com ou sem bexiga neurogênica), infecção urinária de repetição ou crônica e, ainda, o uso de drogas nefrotóxicas (BRASIL, 1996; CONSENSO, [s.d.]).

Na maioria das vezes, o comprometimento da função renal é responsável pela necessidade da pessoa diabética nefropata ser submetida a sessões de diálise. Quando da falência do rim, é necessário, para processar a depuração do sangue, substituí-lo artificialmente, por uma das modalidades de diálise. A escolha, na maioria das vezes, recai sobre o procedimento que utiliza uma máquina para circulação sanguínea extra-corpórea – a hemodiálise (SANDS; DENNINSON, 1995).

Segundo Viana (1997), a glomeruloesclerose, decorrente do diabetes, é um espessamento da membrana basal do capilar, presente em 50% das nefropatias diabéticas, sendo tida como específica do diabetes. Inicialmente, os sinais clínicos da alteração da função renal, são: albuminúria, hipertensão e diminuição da diurese, sendo a elevação da proteinúria, no entanto, o fator indicativo da necessidade de tratamento dialítico.

Até a recomendação do tratamento dialítico, outras medidas terapêuticas são indicadas, tais como: controle glicêmico, uso de drogas inibidoras da enzima de conversão da angiotensina e restrição proteica na dieta. A persistência da proteinúria, a elevação do nível de creatinina sérica superior a 5 mg/dl são, por sua vez, determinantes para o início do tratamento dialítico (BRASIL, 1996).

A hemodiálise é uma das modalidades de diálise ou de depuração extra-renal do sangue. É realizada por um processo de filtração sanguínea, através de circulação extra-corpórea, com utilização de membrana semi-permeável artificial, capaz de promover troca de água e solutos (THOMÉ; VICTORINO, 1993).

De acordo com Thelan et al. (1996), a hemodiálise é um tratamento realizado, literalmente, para separar e remover o excesso de eletrólitos, líquidos e toxinas do sangue. Muito embora seja a hemodiálise eficiente na regulação química, ela não consegue remover todos os metabólitos. A circulação extracorpórea do san-

gue permite seu contato com a membrana dialisadora, ocasião em que, por processo de osmose e difusão, ocorrem as trocas entre líquidos, eletrólitos e toxinas do sangue com a solução do “banho dialítico”.

Segundo esses autores: “...o sangue e o banho circulam em direções opostas (fluxo em contracorrente), através do dialisador, para manter os gradientes químicos e osmóticos no seu nível máximo.” Após sofrer osmose e difusão, o sangue retorna sob pressão ao corpo do paciente, de modo similar ao usado para a sua retirada.

Para que seja processado o tratamento pela hemodiálise, há de se obter acesso vascular para retirada do sangue da corrente sanguínea e seu posterior retorno. Na vigência da necessidade crônica, deve ser realizada microcirurgia para estabelecimento de uma anastomose arterio-venosa que resulte em fistulação desses vasos. É através dessa fístula, que as múltiplas punções necessárias para as sessões dialíticas são facilitadas (SANDS; DENNINSON, 1995).

Referem ainda os autores que a punção do lado venoso da fístula permite que o sangue seja impulsionado para a circulação extracorpórea, alcance o filtro, quando seu contato com o líquido de diálise promove as trocas por difusão. O líquido de diálise, necessariamente, deve ser livre de toxinas; é composto de Sódio, Potássio, Cloro, Magnésio, Cálcio, Acetato ou Bicarbonato e Glicose. É importante atentar para a necessidade de utilização, durante a sessão de hemodiálise, de medicamento anticoagulante (heparina), com vistas a manter o fluxo extracorpóreo livre da formação de trombos, uma vez que, durante a hemodiálise, a cadeia de coagulação sanguínea é ativada.

Vale ainda ser ressaltado, que as sessões de hemodiálise, recomendadas para o tratamento paliativo da pessoa portadora de insuficiência renal crônica, deve ter frequência regular. Em termos gerais, são realizadas, no mínimo, três sessões semanais, cada uma com duração de três a quatro horas (THELAN et al., 1996). Deste modo, a pessoa precisa se deslocar, em dias alternados, para as unidades de tratamento por hemodiálise e lá permanecer durante o tempo estabelecido.

Diante desse processo não fisiológico de filtração do sangue, há de se esperar que advenham algumas complicações e efeitos colaterais decorrentes da terapêutica. Dentre os mais comuns, temos: a instabilidade vascular com ocorrência de hipotensão arterial, principalmente postural; cãibras; cefaléia; convulsões; arritmias; dor lombar ou nos membros inferiores, além de prurido. Este último relaciona-se ao metabolismo alterado do Cálcio e do Fósforo (THOMÉ; VICTORINO, 1993).

Os pacientes submetidos a sessões de hemodiálise necessitam de cuidados de enfermagem que incluam, especialmente, proteção e controle do local de acesso vascular; ensino ao doente e à família, sobre como se dá o controle eficaz da doença; e, principalmente, fornecimento de orientações para que o paciente estabeleça um novo programa de atividades, de modo que seu cotidiano seja o menos possível afetado pelas sessões dialíticas. Para tanto, há necessidade de que a enfermeira compreenda o que significa para a pessoa vivenciar aquela situação (SANDS; DENNISON, 1995).

A pessoa diabética, com comprometimento da função renal, experiencia conviver com uma entidade mórbida que requer reestruturação e enfrentamento de uma condição crônica de saúde. Daí repetirmos que, só a partir da compreensão da sua existência, a enfermeira tem condições de oferecer contribuição ao paciente e à sua família, para a aceitação do problema.

A METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, de vez que essa modalidade de pesquisa envolve fenômenos não passíveis de mensurações lógicas. Com o propósito de compreender a existência da pessoa diabética nefropata, elegemos a fenomenologia como alternativa metodológica capaz de possibilitar o acesso ao mundo das experiências vividas e, a partir destas, proceder análise que propicie a apreensão do *sentido* dessas experiências.

A pesquisa foi desenvolvida junto a oito pessoas diabéticas adultas (quatro delas do gênero

masculino) que vivenciam o tratamento com a hemodiálise. Os locais onde identificamos essas pessoas foram duas unidades de tratamento por hemodiálise, que funcionam em instituições de saúde da cidade de Fortaleza-Ceará.

É importante que se esclareça que não houve preocupação, *a priori*, em estabelecer, numericamente, o quantitativo de participantes do estudo; utilizamos o critério de continuação da coleta de dados, até o momento em que as informações fossem coincidentes com os indicadores já registrados. Aquele momento representou a redundância e inocuidade dos dados (ALVES, 1991).

De princípio, estabelecemos contato com as enfermeiras responsáveis pelos Centros de Hemodiálise escolhidos, com vistas à identificação das pessoas que se submetem regularmente às sessões dialíticas e que sejam portadoras de Diabetes *Mellitus*. Antes, em cumprimento aos aspectos éticos e legais da pesquisa, foi solicitada autorização para a coleta das informações necessárias ao estudo.

Após a identificação dos pacientes, entramos em contato com os mesmos, ao tempo em que os convidamos a participar do estudo. Após suas anuências, agendamos nossos encontros em dias, horários e locais convenientes, tanto para nós quanto para eles. Os depoimentos aconteceram em seus domicílios, em dias alternados aos que eles teriam que comparecer às unidades de saúde, para o tratamento dialítico. Consideramos que, provavelmente nos dias de ocorrência das sessões, eles deveriam estar se sentindo clinicamente em melhor estado, posto que a depuração do sangue propiciada pela hemodiálise deixa o organismo em ótimas condições, até que novas toxinas provenientes do metabolismo basal voltem a se acumular na corrente sangüínea.

As entrevistas, de natureza semi-estruturada, foram gravadas na íntegra, com a permissão dos participante do estudo. Utilizamos, como fio condutor para a obtenção dos discursos, a questão: "Como tem sido sua vida desde que você passou a depender da hemodiálise?"

As entrevistas foram transcritas e, de posse dos discursos, foram os mesmos analisados à luz

dos modos de ser do humano, explicitados por Martin Heidegger (1993), no ensaio *Ser e Tempo*. Ressalte-se que, na obra em questão, o autor descreve os modos de ser do humano, durante a sua existência.

Primando pela fidelidade ao método fenomenológico heideggeriano, decidimos centrar a análise tanto na dimensão ôntica em que estão contidos os significados que os indivíduos abordados atribuíram à questão norteadora do estudo, como na dimensão ontológica. Esta última desvela o sentido, a compreensão de mundo, o modo de ser que se mantém velado nos aspectos ônticos.

A COMPREENSÃO

Diante dos discursos coletados, debruçamos-nos em redobradas leituras, com o fim de apreender do seu conteúdo, o que significa para aquelas pessoas ser um diabético nefropata. Este procedimento teve como ponto de partida a visão dos entrevistados que, segundo a nossa interpretação, foi a base para a tentativa de compreender o existente diabético dependente da hemodiálise.

Para tanto, partimos das manifestações ônticas, ou seja, dos significados desvelados a partir dos discursos dos entrevistados. Deste modo, revelou-se que ser diabético nefropata equívale a:

- . Ater-se a uma vida de sacrifícios;
- . Procurar alternativas para suportar o tratamento;
- . Aceitar a hemodiálise como condição imperativa de vida.

Para Heidegger (1993), o primado ôntico é a instância da experiência, dos fatos em si, do que se encontra de imediato. Neste estudo, portanto, onticamente, a clientela estudada demonstrou ser o *sacrifício* uma constante em suas vidas, considerando que os limites e restrições impostos pela patologia, favorecem, ao seu portador, uma mudança significativa em seu cotidiano.

Sentenciados a uma rotina de longos períodos de tratamento, três vezes por semana, as

pessoas vêm seus dias dedicados quase exclusivamente à hemodiálise. O fato gera insatisfação a muitos dos entrevistados, que referem, ainda, baixo poder aquisitivo, transtornando, sobremaneira, suas vidas. A par disso, não são poucos os pacientes que enfrentam vários problemas no seu dia-a-dia, exemplificados pelas dificuldades encontradas para chegar até o local de tratamento, assim como, as transgressões das normas e restrições dietéticas a que estão sujeitos. É importante lembrar que nem sempre essas pessoas têm condição de acesso aos alimentos recomendados.

Um outro problema vivenciado pela clientela diz respeito ao medo da morte, em que pese sabermos que este é um comportamento natural em nossa cultura. O silêncio e a indiferença aparentes para com essa temática, predominantes na sociedade à qual pertencemos, revelam nossa maneira de lidar com a morte. Embora se tenha certeza de sua chegada, para cada um de nós, quase sempre, é preferível negar a evidência da morte, como, se assim, pudéssemos afastá-la eternamente (LOUREIRO, 1998). Para o diabético nefropata não poderia ser diferente, já que ele faz parte dessa mesma sociedade que repudia e camufla a morte. É o medo do desconhecido, pois é fato que o seu acontecimento (morte) continua revestido de tabu e sombreado de dor e mistério.

Diante do que foi colocado anteriormente, percebe-se que a ocorrência da doença e a necessidade do tratamento dialítico contribuem para que essas pessoas passem a alimentar sentimentos de dor, medo, tristeza, revolta e inconformação, uma vez que começam a apresentar dificuldades de manter as atividades cotidianas de trabalho e do cuidado do lar, alteram seus hábitos de alimentação e de ingestão de líquidos, sentem dores físicas e têm medo da morte. Isto se expressa em suas falas, tal como se segue:

“É um sacrifício. Feliz num dia e no outro não... Eu não tenho alegria... Com a hemodiálise não posso fazer nada, eu passo a manhã lá [na clínica], das 7 as 11 horas... Eu era esparta... No começo, eu até estranhei muito,

depois que eu comecei a fazer essa hemodiálise, porque dificultou eu fazer alguma coisa...” (E2).

“É, a vida de quem tem que fazer este tratamento é muito ruim... O que eu mais acho ruim neste tratamento é ficar acolá aquele tempão, sem fazer nada e esta dor nas minhas pernas... É ruim também porque não posso beber muita água... Minha fístula também não está muito boa, é difícil pegar a veia e sempre fica muito roxo...” (E3).

“Quando eu estou na máquina acho muito difícil... Sinto medo que só... Tenho muito medo de morrer naquela hora... Acho muito ruim também é não poder beber água... É cruel... Quando estou sentindo as coisas muitas vezes não digo, tenho muito medo de piorar e de ser internada na UTI... Achei ruim ficar lá sozinha, Ave Maria, faço tudo para não ir para lá de novo...” (E5).

“A doutora não quer que a gente tome água... Mas em casa eu não vou com isso, nesse instante bebi ali bem meio litro...” (E8).

Reproduzidas as falas desses doentes, vale ressaltar que, com certa frequência, a doença, em si mesma, comporta perturbações que geram quadro de “dor física”. No diabético nefropata, tal forma de sofrimento está presente durante a realização das sessões de hemodiálise. O tratamento, repita-se, consiste na depuração do sangue, através de circulação extracorpórea, o que acarreta possíveis sensações desagradáveis ou complicações, tais como: reações pirogênicas, episódios febris, cãibras, hipotensão, náuseas, vômitos, cefaléia, dor toraco-lombar ou dorsal, prurido, inquietude ou diarreia. Tais desconfortos são ocasionados por alterações metabólicas e reações do organismo aos componentes do líquido dialisador ou, ainda, provocados pela velocidade do fluxo sanguíneo para a máquina e retorno deste para o corpo (THOMÉ; VICTORINO, 1993).

Foi nessa direção que os pacientes investigados relataram que o tratamento, na grande

maioria das vezes, provoca sofrimento. A dor física a que estão sujeitos – cefaléia, dor nas pernas, dentre outros incômodos – é ocasionada pelas punções. Podemos considerar, também, que há ocorrência de *dor moral*, decorrente da redução do funcionamento do rim, ou até perda desse órgão. Nesse último caso, acreditamos ser até mais relevante, uma vez que, para sobreviver sem a função renal, eles ficam escravos de uma máquina dialisadora.

O sentimento de perda que enfrentam, por si só é aniquilante e devastador, haja vista a sensação de que algo lhes foi tirado; a possibilidade de ter um rim novamente é, para a grande maioria, um sonho. É este sentimento de perda que transtorna a vida do diabético nefropata.

Outro aspecto que merece destaque é a questão econômica, acrescida às outras conseqüências do tratamento dialítico. Percebe-se, nas falas dos diabéticos nefropatas, que o fator econômico é um dificultador do processo de tratamento:

“É ruim a gente não ter saúde... Tenho que ir para lá dia sim, dia não. Me falta esta perna (membro inferior esquerdo amputado há dois anos), nem sempre tenho dinheiro para ir de carro, fica difícil subir no ônibus...” (E4).

“Acho ruim porque vou no carro da Prefeitura e só posso voltar quando vão me buscar; se eu pudesse vir de ônibus, eu acharia melhor... Mas, não tenho dinheiro... Acho ruim porque não posso comer banana e, às vezes a gente tá com fome e não tem as coisas que a gente pode comer, só as que tem condições de comprar... Não poder beber água, com esse calor... É muito difícil ficar sem beber água...” (E6).

Como já foi comentado, as sensações de mal-estar físico são esperadas no processo de depuração do sangue, pela hemodiálise. Mais do que isso, elas são exacerbadas após transgressão às regras alimentares, quando os doentes relatam chegar “mais pesados” para a sessão dialítica. A seguir, são postos à mostra sensações e desconfortos provocados pelo tratamento dialítico:

“Eu sentia tontura, dor no fígado, suadeira, ‘gastura’, fadiga...” (E1).

“Me dá uma coceira tão grande quando eu faço... Não posso nem almoçar... Se eu vestir uma roupa mais grossa, mais quente, não agüento... É a tal coceira...” (E2).

“Eu sinto muito mal estar quando perco muito peso... Tenho sentido também uma dor horrível nas pernas e não posso andar direito...” (E3).

“Eu acho muito ruim neste tratamento é que sinto uma coceira terrível em todo o corpo depois que faço o tratamento... Acho ruim mesmo é que a tal coceira me impede até de comer...” (E4).

“Sinto muito mal estar quando estou na máquina... Sinto uma agonia, um suor, minha pressão cai...” (E5).

“Eu passo mal durante a hemodiálise, sinto muito mal estar, a pressão cai...” (E6).

“Eu sinto dores no local da fístula... Quando chego pesado... Sinto dor nas veias...” (E7).

“Se eu for pesado... Me sinto mal. Sinto quentura no corpo, dor na cabeça, mal estar... Se eu for pesado, eu passo mal...” (E8).

O ganho ponderal, às custas de retenção de líquido, decorre da não excreção urinária provocada pela nefropatia diabética. A necessidade de restrição dos líquidos consumidos diariamente por essas pessoas é um enfoque que deve ser valorizado nas orientações a elas fornecidas pelos profissionais de saúde e pela enfermeira em particular. De igual forma, também deve ser sugerida a redução do sal na dieta, haja vista sua ingestão excessiva poder contribuir para o aumento da volemia, visto que o Cloreto de Sódio retém líquido intra-vascular.

A depuração do sangue pelo processo dialítico representa perda ponderal, em níveis consi-

derados normais para cada paciente. O desconforto físico decorrente dessa perda é tão maior quanto maior for a necessidade de perda de peso, assim como quanto mais rápida for a velocidade dessa perda.

Uma outra situação de sofrimento revelada foi a ocorrência de prurido após as sessões de hemodiálise. Segundo a literatura, tal manifestação está vinculada à alteração metabólica do Cálcio e do Fósforo, como relatado anteriormente. É compreensível que esse fato contribua para dificultar o dia-a-dia dos portadores da patologia, submetidos a esse tratamento. Para nós, ficou demonstrado que a vida de um diabético nefropata é permeada de sofrimento, especialmente físico.

Presas à condição de sobrevivência a que estão sujeitas, essas pessoas *procuram alternativas para suportar o tratamento a que são submetidas*. Nessa busca, várias foram as tentativas para superar o desconforto propiciado pelas sessões de hemodiálise, como se infere dos relatos a seguir:

“Dormir... Tem televisão ligada lá, eu não vejo, mas escuto... A turma lá é legal, a gente fica conversando, puxando conversa, assim, o tempo vai passando... É só mesmo ajudar a minha mãe na casa e tudo...” (E1).

“Me encho de creme, passo, passo, aí melhora mais. E quando é de noite, me acordo me coçando, vou e passo o creme de novo. Eu vou passando o creme... Aí vai passando...” (E2).

“Eu tento dormir, para tentar passar o tempo...” (E3).

“Lá eu ‘proseio’, brinco com todo mundo... Converso, canto, conto anedota...” (E8).

Em suas falas, os entrevistados apontaram que em seu cotidiano mantêm uma luta constante na procura de superar o sacrifício imposto por suas condições patológicas. Pelo muito que se viu, sem grandes alternativas, a essa clientela cabe somente aceitar o tratamento que lhe é

determinado, uma vez que à sua falta fica prejudicada a sobrevivência. Foi isso que percebemos nos seguintes trechos de seus discursos:

“Agora estou mais acostumada. Tem que se acostumar mesmo, se não fizer, é pior...” (E1).

“O jeito é se conformar, porque o que é que se há de fazer... A gente tem mesmo é que se acostumar...” (E3).

“Nada é bom não é, mas o que é que se há de fazer... Estou vivo... Bom é a gente ter saúde, mas Deus Nosso Senhor quer assim... Mas é assim mesmo, é a vida...” (E4).

“Só tenho pedido a Deus para me dar conformação...” (E5).

“Mas, graças a Deus e as doutoras, só estou viva por causa da hemodiálise. Tive entre a vida e a morte, e se não fosse esse tratamento, eu tinha morrido. Estou conformada...” (E6).

“Mas, graças a Deus eu sempre fui paciente, aceito, não me incomodo com nada...” (E7).

“...então, eu estou conformado a fazer até o dia que Deus quiser...” (E8).

Em seu aspecto ôntico, apreendemos que ser um diabético nefropata é também vivenciar o sentimento de perda, capaz de transformar a vida de seu portador. Isso acontece porque a doença, em seu percurso, é tida como uma constante perda de poder físico ou de dignidade humana. Perder uma parte de si mesmo pode ser sentido como algo superior à morte de um ente querido.

No presente estudo, os entrevistados se mostraram *chocados* frente ao diagnóstico anunciado. Levados pelo desespero, diante de uma situação insuportável e temendo enfrentar o sofrimento, é comum a procura de alternativas para suportar o tratamento dialítico. Por fim, trilhando o caminho da superação, aceitam o tratamento, como condição *sine qua non* de vida.

As manifestações ônticas apreendidas, por si só não eram suficientes para responder às nos-

sas inquietações, haja vista o conhecimento científico não ser capaz de abarcar todas as faces de um fenômeno. São muitas as suas especialidades, mas todas apontam para a necessidade de estudos compreensivos que revelem seus fundamentos e tragam à luz os motivos de suas questões. Mesmo aclarada a instância ôntica, esta ainda comportava raízes existenciais.

Nessa direção, para Heidegger (1993, pte.1), a verdade do *ser* e seu desvelamento ocorrem, ontologicamente, a partir das manifestações ônticas, pela hermenêutica compreensiva. Para o filósofo, a compreensão é sempre precedida de pré-compreensão, enquanto a compreensão ontológica e mediana se desvela pela busca do *sentido*, ou seja, na abertura da compreensão de algo.

No estudo que faz da existência humana, afirma o referido filósofo que o homem é um *ser-no-mundo* facticial e, como tal, assume modos de *ser-em* no seu cotidiano: o autêntico e o inautêntico. No modo de ser inautêntico ou da ocupação, o homem existe no mundo de todos, na *publicidade* do impessoal, onde todos são e ninguém é. Já o viver autêntico, tem fundamento na preocupação, caracterizada pelo comportamento humano como *ser-com*, portanto, quando a ocupação respeita e considera a originalidade que se toma.

Para o pensador, o homem tende, por natureza, a viver a inautenticidade e impessoalidade na sua *cotidianidade* mediana. Ele se ocupa dos costumes comuns e públicos de viver. No modo de ser cotidiano e impessoal, o discurso humano *de-cai* no *tagarelar*, que se caracteriza pelo falar e repetir sem fundamento, em atitude que acaba na perda da relação autêntica entre o *sentido* e o que se fala.

Pelas manifestações imediatas, a pessoa diabética nefropata mostrou-se aprisionada à existência inautêntica cotidiana, pelo *tagarelar*, no instante em que repete, sem relação autêntica com a verdadeira compreensão, comentários sobre as restrições alimentares e de redução da ingesta de líquidos; o mesmo acontece quando fala da necessidade de suas idas regulares às unidades de hemodiálise, bem como quando se

reporta ao tempo que permanece naqueles serviços.

Se as pessoas nessa condição conseguissem *transcender* a inautenticidade, bem que poderiam, de forma autêntica, vivenciar e enfrentar a situação com maior satisfação e melhor qualidade de vida. Afinal, as restrições alimentares impostas referem-se à redução das quantidades de sal, já que o seu excesso ocasiona maior retenção de líquidos, o que certamente prejudicaria ou implicaria na necessidade de mais perda hídrica na sessão de hemodiálise subsequente. Entretanto, o uso moderado de sal não é proibido.

De igual forma, não é proibido ingerir líquidos; apenas é sugerida a redução da quantidade do seu consumo, por justificativas similares. Ademais, tanto o uso de quantidades pequenas, quanto a própria restrição ao uso, são perfeitamente passíveis de tolerância para qualquer pessoa, donde as recomendações feitas nesse sentido. Vale ressaltar que a essa clientela também é imposta redução da ingestão de açúcar, posto que, tais pessoas, além de nefropatas, são também diabéticas.

Em que pese a situação descrita, esses pacientes, assumindo postura autêntica, poderiam assumir também a sua condição de diabéticos e nefropatas e, assim, viver melhor. A necessidade de, periodicamente, terem que se encaminhar às clínicas de hemodiálise, além de lá permanecerem por 3 ou 4 horas, por sessão, seriam superadas se eles reorganizassem os horários de suas atividades, de modo a contemplar a nova tarefa.

Em seu percurso decadente, os entrevistados apresentaram um comportamento temeroso frente à ameaça de morte, o que revela, ontologicamente, o modo do *ser-para-a-morte* cotidiano. Este modo de ser mostra o diabético nefropata em constante fuga de sua autenticidade. A situação, não raro, leva-o a vivenciar um cotidiano inautêntico, no qual o indivíduo desenvolve um comportamento encobridor e desviante do seu *ser-para-a-morte* (HEIDEGGER, 1993, pte.2). Assim, o diabético nefropata vive temeroso, não se assumindo em sua possibilidade mais própria, insuperável e certa, porém indeterminada.

Para esse pensador, o homem é um *ser-para-a-morte*, muito embora, esquivar-se dela seja uma prática constante em sua vida. Entretanto, a morte é um fenômeno existencial e particular que cada pessoa deve assumir sozinha. Nesse contexto, é tida como uma possibilidade última, suprema, pessoal e absoluta, presente na vida do homem desde o instante do seu nascimento. Dessa forma, não é algo que nos espera no fim, determinando o homem como um ser para o fim. De fato, nascemos para morrer.

A análise ontológica mediatizada dos discursos dos participantes deste estudo, revelam, também, que eles vivem no cotidiano aprisionados a um tempo passado. No aprofundado estudo da existência do homem, Heidegger revelou que existir corresponde a exercer os modos de temporalização, aos quais ele deu o nome de *ekstases* da *temporalidade*: o *vigor de ter sido*, o *instante* e o *por vir*, ou seja, o pré simplesmente como antes, o já de agora não mais e o futuro.

Para o filósofo, a temporalidade do homem é sua antecipação temporal para o poder-ser; o ser humano é necessariamente antecipante (porvir), posto que está continuamente voltado para suas possibilidades. O presente (instante, “um piscar d’olhos”) só encontra *sentido* porque passado e futuro estão presentes. Desse modo, não se justifica viver em função do passado que se foi, até porque, nós somos *vir-a-ser*, projetados para o futuro.

Os diabéticos nefropatas estudados mostraram-se presos ao *vigor de ter sido*, quando expressam sacrifício e parecem estabelecer um limite na sua existência (o antes e o após o tratamento dialítico), abdicando da possibilidade de experienciar novos modos de ser. Eles se mantêm presos entre o “tempo” antes e o “tempo” depois do início da terapêutica com hemodiálise. Essas pessoas expressam em seus discursos que o início da terapêutica estabeleceu a cisão entre esses dois “tempos”. Aprisionados à idéia do *vigor de ter sido*, eles não encontram forças para buscar a possibilidade de viver autenticamente, desde que aceitem a condição de seres portadores de diabetes e insuficiência

renal crônica, necessitando realizar, regularmente, sessões de hemodiálise.

Perseguindo o *sentido* do seu existir, o diabético nefropata é conduzido à superação pela *transcendência* do sofrimento. Nesse momento, ele emerge da cotidianidade que encobre seu eu originário e se desnuda diante de si mesmo, como que entregue às suas próprias possibilidades de ser. Este modo de *ser-no-mundo* é alcançado quando, mesmo aos poucos, o ser humano em referência procura alternativas para suportar o tratamento, chegando, por fim, a aceitá-lo.

Ontologicamente, essa aceitação e *disposição* para o *poder-ser* se tornam factíveis pela *angústia*, sentimento fundamental do ser humano que o projeta para além de suas possibilidades futuras. A *angústia*, “provocada” pelo *clamor da voz da consciência*, resgata o ser humano da perdição cotidiana impessoal e o conduz para a verdade originária de sua existência. Esse *sentido* autêntico é o viver para a morte; é angustiar-se para assumir a absoluta responsabilidade pela *liberdade* (HEIDEGGER, 1993, pte.2). Desta forma, a *angústia* atribui ao ser humano singularidade e compreensão, direcionando-o para o seu *poder-ser* mais próprio, isto é, para a liberdade de se assumir, escolhendo-se a si mesmo.

Assim, apreendemos que a pessoa diabética e nefropata que é tratada com hemodiálise vivencia momentos privilegiados de autenticidade, quando, angustiada frente à sua condição patológica, procura alternativas para superar o sacrifício a que está sujeita pelo tratamento. Para tanto, assume-se como um ser que necessita estar submetido a uma terapêutica que lhe permite estar vivo.

Registramos, por fim, o fato desta análise termos possibilitado compreender o percurso ontológico dessa clientela, permitindo-nos, ainda, desvelar, embora de forma apenas parcial, o *sentido* de sua existência, como por ela desvelada. O certo é que o *sentido* do *ser-diabético-nefropata-tratado-com hemodiálise* jamais será plenamente revelado; antes disso, será sempre apreensível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi desenvolvido com o intuito de oferecer respostas às inquietações na busca de revelar a existência da pessoa diabética que desenvolve nefropatia e, por isso mesmo, tem necessidade de vivenciar a terapêutica, pela hemodiálise.

Diante desse objetivo, optamos pelo método fenomenológico, como alternativa para a compreensão desse existente especial, especificamente à luz da ontologia heideggeriana. O pensamento do estudioso em questão foi de primordial importância para que desvelássemos o *sentido* da existência da pessoa diabética e nefropata, tratada pela hemodiálise, como um *ser* de possibilidades que vivencia essa experiência.

Nesta pesquisa, o existente especial aqui referenciado demonstrou viver a oscilação entre a inautenticidade impessoal, decorrente da dificuldade que representa a experiência de se submeter à hemodiálise e a abertura para o *poder-ser*, propiciada pela autenticidade da *angústia*, que clama pela aceitação daquela condição. Para Heidegger, embora não se trate de estado de equilíbrio ou de supremacia entre o que ele denomina “existência autêntica e inautêntica”, torna-se mais cômodo para o humano viver mergulhado na segunda condição, em virtude da impessoalidade pública lhe conferir menor encargo.

Diante dessa compreensão, faz-se necessário que as enfermeiras, juntamente com os demais profissionais de saúde, estejam preocupados em valorizar esse conhecimento na relação de cuidar do outro. Não se desconhece que a compreensão da existência de quem é cuidado propicia o atendimento mais humanizado pelo cuidador. Para a enfermeira, a compreensão do outro é o subsídio essencial para o seu fazer, uma vez que o cuidado de enfermagem constitui-se encontro de inter-relação entre seres humanos.

Sabemos que, por razões conjunturais, não nos foi permitido abarcar todas as dimensões do fenômeno, muito embora tenhamos a consciência nítida de que estudos dessa natureza são importantes para propiciar aos enfermeiros a

compreensão do outro, como meio de favorecer sua relação de existente que cuida de outras existências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, H. G. G. Estudo geral. In: _____. (Org.). **Diabetes mellitus** – uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. p.1-10.

ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 77, p. 53-61, mai. 1991.

BRASIL. **Diabetes mellitus** – guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

CONSENSO sobre prevenção, controle e tratamento do diabetes *mellitus* não-insulinodependente. Associação Latino-Americana de Diabetes/International Diabetes Federation, [s.d.].

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1993. pte. 1; pte. 2.

LOUREIRO, M. F. F. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Fortaleza : Pós-Graduação/DENF/ UFC, 1998.

SANDS, J. K. O.; DENNISON, P. E. **Manual clínico de enfermagem médico-cirúrgica** . 3 ed. Lisboa: LUSODIDACTA, 1995.

THELAN, L. A. et al. **Enfermagem em cuidados intensivos** – diagnóstico e intervenção. 2. ed. Lisboa: LUSODIDACTA, 1996.

THOMÉ, F. S.; VICTORINO, J. A. Métodos dialíticos em UTI. In: BARRETO, S. M. et al. **Rotinas em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

VIANA, A. C. de A. Alterações renais: detecção, prevenção e manejo. In: ALMEIDA, H. G. G. de (Org.). **Diabetes mellitus** – uma abordagem simplificada para profissionais de saúde. São Paulo: Atheneu, 1997. p.75-80.