

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA ELISA BRUM DO NASCIMENTO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS  
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO**

CURITIBA  
2016

MARIA ELISA BRUM DO NASCIMENTO

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS  
COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira

CURITIBA

2016

Nascimento, Maria Elisa Brum do

Representação social dos cuidados à saúde de pessoas com doença renal crônica :  
elementos para autogestão / Maria Elisa Brum do Nascimento - Curitiba, 2016.

246 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Professora Dra. Denize Cristina de Oliveira

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências  
da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2016.

Inclui bibliografia

1. Doença renal crônica. 2. Saúde do adulto. 3. Representação social. 4. Prática  
profissional de enfermagem. I. Mantovani, Maria de Fátima. II. Oliveira, Denize Cristina de.  
III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 616.614



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM  
Código CAPES: 40001016045P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **MARIA ELISA BRUM DO NASCIMENTO**, intitulada: **"REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO.

Curitiba, 25 de Fevereiro de 2016.

Prof MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI (UFPR)  
(Presidente da Banca Examinadora)

Prof ANTONIO MARCOS TOSOLI GOMES (UERJ)

Prof EVANI MARQUES PEREIRA (UNICENTRO)

Prof LEILA MARIA MANSANO SARQUIS (UFPR)

Prof MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE (UFPR)

Dedico este trabalho aos meus pais Estácio e Emeri por tudo que me ensinaram e pelo tanto que me ajudaram, pelo carinho incondicional. Aos meus queridos irmãos, sobrinhos(as), obrigada pela força!

## AGRADECIMENTOS

Ao terminar este estudo quero expressar o meu reconhecimento e gratidão aos sujeitos desta pesquisa que contribuíram para tornar possível sua realização.

Agradeço a Deus, por me ter guiado e me fortalecer durante esta caminhada, não me deixando desamparada mesmo nos momentos mais desafiadores.

A minha orientadora, Professora Doutora Maria de Fátima Mantovani, e coorientadora a Professora Doutora Denize Cristina de Oliveira, “Mestres”, por todo o conhecimento partilhado, por toda a orientação e disponibilidade para ajudar, pela compreensão nos momentos difíceis, pelo incentivo e pela amizade.

A Universidade Federal do Paraná (UFPR) pela oportunidade de estar realizando o meu doutorado e, em especial ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) e aos professores deste programa pela competência e seriedade.

Agradeço à coordenação e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) por me acolherem com carinho e pelo conhecimento partilhados.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições, dispondo-se a ler, ouvir e debater, somando ideias e pontos de vista, pela disponibilidade e atenção.

Aos professores, alunos e participantes do Grupo de Pesquisa de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA).

Aos colegas da turma de doutorado 2012 pelos momentos de convivência e aprendizagem e, em especial aos colegas que chegaram antes, a Kátia Kochla e a Anice Balduino, companheiros de viagem de estudos, tenho carinho especial por vocês.

A Universidade Positivo pela compreensão e apoio para realizar este estudo.

Aos colegas e amigos da Universidade Positivo pelo apoio e incentivo.

## RESUMO

NASCIMENTO, M. E. B. **Representação social dos cuidados à saúde de pessoas com doença renal crônica**: elementos para autogestão. 2016. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

O adoecimento renal crônico acarreta aos que vivenciam esta problemática representações sobre o cuidado com a saúde e com a doença, e estas podem ser diferentes a depender do tratamento a que as pessoas são submetidos. Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais do cuidado à saúde e à doença renal crônica de pessoas em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, pautado na abordagem estrutural e processual das representações sociais, desenvolvido em quatro serviços de nefrologia, da cidade de Curitiba e região metropolitana, no período de junho de 2014 a maio de 2015. A análise estrutural foi obtida com aplicação da técnica de evocação livre de palavras, com os termos indutores “cuidado com doença” e “cuidado com a saúde”, envolvendo 165 participantes. Na análise processual, foi aplicada uma entrevista estruturada a 52 participantes. A análise dos dados foi realizada com auxílio do *Software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations 2005* e *Analyse lexicale par contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* versão 2015 e aplicação das respectivas análises descritivas das classes *st Analyse lexicale par contexte d'un Ensemble de Segments de Texte andard* e *tri-croisé*. A análise estrutural demonstrou que o núcleo central para as pessoas em hemodiálise confirma a negatividade ligada à doença associada ao controle, de dimensão avaliativa e, em diálise peritoneal, positividade ligada aos hábitos de vida. No conjunto das pessoas em tratamento dialítico, as representações de cuidado com a saúde e a doença mostraram compartilhamento no núcleo central dos hábitos de vida referentes à alimentação e higiene e organização conforma elementos afetivos. A análise processual *standard* se compôs de quatro classes. Classe 1: “o controle e a informação no viver frente à doença renal”; a classe 2: “o contraste entre a imagem do cuidado e da doença renal”; a classe 3: “o cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com doença renal”; a classe 4: “o processo da terapia dialítica e as vivências acerca da doença renal”. A análise *tri-croisé* foi composta de duas classes: classe 1: “ameaças, desafios e o cuidado com a doença e o tratamento”; a classe 2: “apoio familiar, cuidados e complicações do tratamento”. O cuidado com a saúde e a doença foi representado a partir do sofrimento, da depressão, da tristeza, da culpa e do preconceito. A informação foi um conteúdo da representação que subsidiou dificuldades, complicações e necessidade de qualificação do cuidado. O aspecto prático da reconstrução cognitiva do cuidado aponta o controle, a disciplina, a responsabilidade e o compromisso. O cuidado é objetivado na imagem delicada e de força. A afetividade, o vínculo e o otimismo associados ao cuidado promovem a sua autogestão do cuidado. Considera-se que perante a complexidade da doença renal crônica e do regime terapêutico o foco de atenção dos enfermeiros deve englobar conteúdos sociais e pessoais envolvidos no adoecimento para compreender a dimensão da necessidade ligada à terapêutica e ao cuidado.

Palavras-Chave: Doença renal crônica. Saúde do adulto. Representação social. Prática profissional de enfermagem.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, M. E. B. **Social representation of chronic renal patients' healthcare: self-management elements.** 2016. 246f. Thesis (Nursing Doctorate) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil, 2016.

Renal chronic disease causes representations on healthcare and disease for those who experience such problematics, which can be different depending on the treatment they are undergoing. This study objectified to analyze social representations of healthcare and renal chronic disease to patients submitted to hemodialysis and peritoneal dialysis. It is a descriptive, qualitative study grounded in the structural and procedural approach of the social representations, and carried out in four nephrology services in the city of Curitiba and its Metropolitan area between June, 2014 and May, 2015. Structural analysis was held with the application of the free word evocation technique with the inductor terms “disease care” and “healthcare”, encompassing 165 participants. In the procedural analysis, a structured interview was applied to 52 participants. Data analysis was carried out by means of the *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* 2005 Software and the *Analyse lexicale par contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*, 2015 version, and the application of the respective descriptive analyses of *standard* and *tri-croisé* classes. The structural analysis evidenced that the central core for people undergoing hemodialysis confirms disease-related negativity associated with the control, of evaluating dimension, and in the peritoneal dialysis, positivity related to the living habits. In the group of patients undergoing dialysis, healthcare and disease representation showed sharing of living habits in the central core associated with diet and hygiene, organization aligns with affective elements. Standard procedural analysis comprised four classes. Class 1, “control and information living with renal disease”, class 2: “contrast between care image and renal disease image”, class 3: regulated daily life, feelings and renal patient's support network”, class 4 “the process of the dialysis therapy and renal disease experiences”. The *tri-croisé* analysis comprised two classes: class 1 “threats, challenges and disease care and treatment”; class 2 “family support, care and treatment complications”. Caring of health and disease was represented by suffering, depression, sadness, guilt and prejudice. Information was a representation content underpinning hardships, complications and the need for care qualification. The practical aspect of the cognitive reconstruction of care points to control, discipline, responsibility and commitment. Care is objectified in a delicate as well as strong image. Affection, bonding and optimism associated with care promote healthcare self-management. Due to the complexity of the renal chronic disease and its therapeutic regime, it is considered that nurses' focus must encompass social and personal contents surrounding the disease in order to understand the dimension of the need related to therapeutics and care.

Keywords: Chronic renal disease. Adult health. Social representation. Nursing professional practice.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES NOS GRUPOS AMOSTRAIS DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL, SEGUNDO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS. CURITIBA, 2015.....	55
FIGURA 2 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A DOENÇA” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DIALÍTICO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015.....	72
FIGURA 3 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DIALÍTICO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015.....	74
FIGURA 4 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A DOENÇA” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015.....	79
FIGURA 5 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE “ ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015.....	81
FIGURA 6 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A DOENÇA” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015.....	84
FIGURA 7 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA. CURITIBA, 2015 .....	85
FIGURA 8 - CLASSIFICAÇÃO DESCENDENTE HIERÁRQUICA DAS CLASSES - CURITIBA - 2015 .....	94
FIGURA 9 - DENDOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS CLASSES NA REPRESENTAÇÃO DE PESSOAS COM DRC - CURITIBA - 2015.....	95
FIGURA 10 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015 .....	99
FIGURA 11 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 1 -CURITIBA - 2015.....	100
FIGURA 12 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 2 - CURITIBA, - 2015 .....	106

FIGURA 13 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015.....	107
FIGURA 14 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 3 - CURITIBA - 2015 .....	111
FIGURA 15 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 3 - CURITIBA - 2015.....	111
FIGURA 16 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 4 - CURITIBA - 2015 .....	117
FIGURA 17 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 4 - CURITIBA - 2015.....	117
FIGURA 18 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA DA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015 .....	123
FIGURA 19 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS DA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015.....	124
FIGURA 20 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015 .....	129
FIGURA 21 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS DA CLASSE 2. CURITIBA, 2015 .....	130

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE STANDARD - CURITIBA - 2015.....	94
QUADRO 2 - RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE AS CLASSES DA ANÁLISE ALCESTE STANDARD - CURITIBA - 2015.....	97
QUADRO 3 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE CRUZADA DA VARIÁVEL CATEGORIA TIPO DE TRATAMENTO DIALÍTICO.....	121
QUADRO 4 - VALORES DE X <sup>2</sup> RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS DE ANÁLISE COM ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA A CLASSE 1 - CURITIBA - 2015.....	122
QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS REDUZIDAS, COM MAIORES VALORES DE X <sup>2</sup> , E SEUS CONTEXTOS SEMÂNTICOS DA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015.....	122
QUADRO 6 - VALORES DE X <sup>2</sup> RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS DE ANÁLISE COM ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015.....	128
QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS REDUZIDAS, COM MAIORES VALORES DE X <sup>2</sup> , E SEUS CONTEXTOS SEMÂNTICOS DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015.....	128

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS 165 PARTICIPANTES COM DRC, QUANTO AO SEXO, IDADE, TEMPO COM O DIAGNÓSTICO E TEMPO NO TRATAMENTO - CURITIBA - 2015 .....	71
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O SEXO, IDADE, ESTADO CONJUGAL, ESCOLARIDADE - CURITIBA - 2015.....	91
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO QUANTITATIVA DAS UCE NAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE <i>STANDARD</i> – CURITIBA - 2015.....	93
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO QUANTITATIVA DAS UCES NAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE CRUZADA DA VARIÁVEL CATEGORIA TIPO DE TRATAMENTO DIALÍTICO - CURITIBA - 2015 .....	120

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCESTE	- <i>Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte</i>
ANNA	- <i>American Nurses Nephrology Association</i>
CAH	- Classificação Ascendente Hierárquica
CAPD	- Diálise peritoneal ambulatorial contínua
CDH	- Classificação Descendente Hierárquica
DRC	- Doença Renal Crônica
EVOC	- <i>Software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
FAV	- Fistula Artério venosa
IMC	- Índice de Massa Corporal
NC	- Núcleo Central
PPGENF	- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RS	- Representações Sociais
SBN	- Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	- Sistema Único de Saúde
TNC	- Teoria do Núcleo Central
UCE	- Unidade de Contexto Elementar
UERJ	- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UFMS	- Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
1.1 OBJETIVO GERAL.....	24
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	25
2.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	25
2.1.1 Conceito, significado(s) e modalidades de tratamento .....	25
2.1.1.1 A modalidade de hemodiálise.....	26
2.1.1.2 A modalidade de diálise peritoneal.....	28
2.2 INTERFACE ENTRE REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	29
2.3 AUTOGESTÃO DA DRC E O CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA .....	34
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	39
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
3.1.1 A trajetória da teoria das representações sociais .....	39
3.1.2 O conceito de representações sociais .....	41
3.1.3 Os conteúdos e os processos de produção das representações sociais .....	43
3.1.4 A teoria do núcleo central das representações sociais.....	48
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	51
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	51
4.2 CAMPOS DA PESQUISA.....	52
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	53
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	56
4.4.1 Os contatos iniciais.....	56
4.4.2 A coleta de dados .....	56
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	59
4.5.1 Análise estrutural das representações sociais.....	59
4.5.2 Análise lexical.....	63
4.5.2.1 A construção do <i>corpus</i> Alceste .....	65
4.5.2.2 Análise Alceste .....	66

4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	68
<b>5</b>	<b>AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA ENTRE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA.....</b>	<b>70</b>
5.1	AS ESTRUTURAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA .....	70
5.1.1	Caracterização dos participantes da técnica de associação livre de palavras .....	70
5.1.2	Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado à saúde e à doença no grupo geral.....	71
5.1.3	Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença no grupo em hemodiálise .....	79
5.1.4	Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença no grupo em diálise peritoneal.....	84
5.1.5	Análise comparativa das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença nos dois grupos.....	88
5.2	OS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA .....	91
5.2.1	Caracterização dos participantes das entrevistas .....	91
5.2.2	Os conteúdos semânticos das representações sociais do cuidado à saúde e à doença .....	93
5.2.2.1	Análise descritiva das classes ( <i>standard</i> ).....	93
5.2.2.2	Análise de triagem cruzada ( <i>tri-croisé</i> ) .....	120
5.2.2.3	Análise de contraste considerando o tipo de diálise.....	134
<b>6</b>	<b>A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA ENTRE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA BUSCA DE COMPREENSÃO .....</b>	<b>137</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>153</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>159</b>
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS FASE I DA PESQUISA .....</b>	<b>173</b>
	<b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>174</b>
	<b>APÊNDICE C - DICIONÁRIO PADRONIZAÇÃO EVOC.....</b>	<b>175</b>

<b>APÊNDICE D - CORPUS DAS EVOCAÇÕES.....</b>	<b>182</b>
<b>APÊNDICE E - RELATÓRIO RANGMOT GERAL CUIDADO COM A DOENÇA .....</b>	<b>192</b>
<b>APÊNDICE F - RELATÓRIO RANGMOT GERAL CUIDADO COM A SAÚDE .....</b>	<b>201</b>
<b>APÊNDICE G - RELATÓRIO RANGMOT HEMODIÁLISE CUIDADO COM A DOENÇA .....</b>	<b>210</b>
<b>APÊNDICE H - RELATÓRIO RANGMOT HEMODIÁLISE CUIDADO COM A SAÚDE .....</b>	<b>217</b>
<b>APÊNDICE I - RELATÓRIO RANGMOT DIÁLISE PERITONEAL CUIDADO COM A DOENÇA .....</b>	<b>223</b>
<b>APÊNDICE J - RELATÓRIO RANGMOT DIÁLISE PERITONEAL CUIDADO COM A SAÚDE .....</b>	<b>229</b>
<b>APÊNDICE K - RELATÓRIO COMPARAÇÃO COMPLEX ENTRE TRATAMENTOS DIALÍTICOS.....</b>	<b>234</b>
<b>APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (2014).....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (2015).....</b>	<b>244</b>



## APRESENTAÇÃO

Esta tese associa-se ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA), insere-se na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem e vincula-se ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na qual estou inserida desde 2005, quando iniciei o Mestrado em Educação.

A aproximação com a temática doença renal crônica (DRC) deu-se durante o curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em 1986, quando desenvolvi atividades extracurriculares, com o grupo de enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria (RS), na implantação do serviço de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD). A participação neste grupo me oportunizou o convívio com pessoas com doenças crônicas, especialmente a doença renal, aproximando-me mais do conhecimento sobre essa condição.

O início da vida profissional como enfermeira assistencial se deu em unidade de internação clínica e cirúrgica em um hospital geral no Oeste de Santa Catarina (SC), no qual pude acompanhar e realizar o cuidado à pessoa com DRC internada devido a complicações ou necessidades de procedimentos invasivos, cateteres, fístula arteriovenosas (FAV), entre outros, e que faziam hemodiálise neste hospital, onde permaneci por três anos.

A prática de 20 anos no exercício, como enfermeira em serviços de diálise, entre 1991 e 2010, a especialização na área de nefrologia em 2001 e a vivência nas subáreas de hemodiálise, diálise peritoneal, tratamento conservador e transplante renal levaram-me a conhecer a clínica da pessoa com doença renal crônica (DRC), suas dificuldades, expectativas e a incerteza da vida depois da doença.

Embora, na época, ainda não tivesse maturidade para entender a subjetividade da vida dessas pessoas, conhecer esta realidade, em meio à tecnologia, as vivências de cenas difíceis e tocantes foram determinantes para que surgissem questionamentos sobre o viver com a DRC e a percepção da importância em conhecer o que as pessoas pensam e sentem sobre sua condição.

Percebi que a pessoa com DRC vive entre perdas e dúvidas e trilha a dualidade de sentimentos: expectativas e desesperanças. De um lado, os avanços da ciência oferecem modalidades terapêuticas que crescem a perspectiva de conviver com a doença e estabelecer uma relação de proximidade com a rotina

anterior ao diagnóstico; de outro, a realidade muitas vezes conturbada da trajetória dessas pessoas em adoecer e as tentativas de conviver com a cronicidade em meio a modificações nem sempre temporárias, mas que marcam suas vidas.

A experiência em assistir/cuidar das pessoas com DRC possibilitou entender que o diagnóstico desencadeia um grande conflito emocional para elas, o sentimento de solidão é algo marcante e presente na fala dessas pessoas. Chama atenção a associação entre esta doença que invade e altera suas vidas e a imagem de batalha que se concretiza na luta diária ao submeterem-se a tratamentos dialíticos prolongados para sobreviver. Todo este turbilhão de sentimentos incorre em posicionamentos que expressam a doença e o comportamento de cuidado adotado frente à mesma

Essa vivência, associada a leituras, reflexões, discussões, e o cuidado aos pacientes renais crônicos despertaram as seguintes inquietações: o que leva determinadas pessoas a terem atitudes de cuidado diferentes frente ao mesmo processo de adoecimento? Como as pessoas com doença renal crônica, ao submeterem-se à terapêutica, gerenciam seu cuidado à saúde? No decorrer da pesquisa, um impasse foi percebido: a dificuldade dos profissionais em contextualizarem as suas práticas com o modo de viver dos renais crônicos.

O primeiro contato que tive com a Teoria da Representação Social aconteceu de forma pontual em discussões durante o Mestrado em Educação, em 2005/2007, na Universidade Federal do Paraná (UFPR). O ingresso no Grupo de Estudos Multidisciplinar em Saúde do Adulto (GEMSA), em 2011, e posteriormente no Doutorado, em 2012, na UFPR, oportunizou-me buscar ampliar os conhecimentos sobre essa Teoria, por meio de leituras, discussões no grupo e participação como ouvinte, em 2013, na disciplina sobre a temática oferecida na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), coordenada pela Prof.<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira, a qual se como coorientadora deste trabalho.

A aproximação deste referencial, ainda que incipiente, mobilizou-me e despertou-me o interesse em aprofundar no doutorado e contribuiu para delinear esta pesquisa, cujo objeto de estudo são as representações de cuidado à saúde e a doença de pessoas com DRC em tratamento dialítico. Sob este aspecto, acredita-se que o enfoque das crenças, valores e saberes; o universo da representação do grupo no qual a pessoa está ligada pelo tratamento, a forma de conceber a vida, estão relacionados com a maneira de lidar com o adoecimento, com o cuidado e a expectativa de cura.

## 1 INTRODUÇÃO

A experiência do adoecimento renal crônico conforma a construção de significados para quem desenvolve a doença, com elaborações de representações diversas que dão sentido a essa vivência e subsidiam uma interpretação da realidade a qual incide de alguma forma na autogestão<sup>1</sup> dos cuidados à saúde dessas pessoas. A autogestão nesta pesquisa segue a definição da *American Nurses Nephrology Association* (ANNA) como um conhecimento para cuidar de si mesmo, a capacidade de fazer tratamentos, controlar sinais e sintomas, desenvolver metas e fazer parcerias com profissionais de saúde. (LORIG; HOLMAN, 2003; BURROWS-HUDSON; PROWANT, 2005).

Conviver com a doença renal crônica (DRC) significa integrá-la no contexto pessoal de vida e buscar restaurar o equilíbrio entre as atividades significativas com a devida atenção aos cuidados permanentes à saúde. Conforme Shulman-Green et al. (2012), o fato de lidar com a doença e uni-la ao contexto de vida exige o processamento de emoções, ajustamentos e a construção de significados.

Paterson (2001), salienta que a adaptação a uma condição crônica tem sido descrito como um processo em constante mudança, em que as pessoas experimentam uma interação complexa com sua doença e seu contexto de vida. Igualmente Schulman-Green et al. (2012) reforçam que mudanças na saúde individual ou familiar, bem como alterações psicológicas, sociais, espirituais e econômicas, podem incidir significativamente na necessidade de autogerenciamento da doença, suas expectativas e rotinas diárias.

A DRC tem andamento e variação específica para sua etiologia e fisiologia particular, possui natureza insidiosa, indicando transição de sintomas, silenciosos nos estágios iniciais da doença convergindo para incapacidades persistentes, e em desenvolvimento, conjugando limitações orgânicas e prejuízos funcionais (MANSUR et al., 2012; BURY, 1982). Viver com a doença renal crônica geralmente envolve a gestão de outras doenças, e muitas vezes requer uma mudança no estilo de vida, a incorporação de tratamentos invasivos e permanentes, aspectos clínicos e emocionais que devem ser tratados. (THOMAS-HAWKINS; ZAZWORSKY, 2005).

---

<sup>1</sup> De acordo com Lorig e Holman (2003), os fundamentos da autogestão incluem habilidades para resolução de problemas, tomada de decisão, utilização de recursos, formando parcerias com os fornecedores e sendo ativo.

Os cuidados com a saúde para a pessoa com doença renal crônica é considerado crucial, no qual estas se deparam com a tomada de decisão a cada dia, como ter que submeter-se ao controle alimentar e as restrições de sal e água (CHILCOT; WELLSTED; FARINGTON, 2010). E ainda, são confrontados com sintomas da doença, falta de energia, estressores psicológicos como perda do autocontrole e autoestima, sentimentos de incerteza sobre o futuro, a culpa em relação aos familiares e problemas de domínio social (JANSEN et al., 2012). Assim, a baixa autoestima e autonomia podem estar associadas às restrições com relação a atividades diárias incluindo o trabalho.

As tarefas enfrentadas por alguém que vive a cronicidade renal, especificamente aqueles submetidos à terapia renal substitutiva, sobrevivem a uma realidade esmagadora e angustiante, incluindo conectar-se à terapêutica dialítica rotineiramente. Isso implica ter que lidar com os principais estressores, entre eles os sintomas da doença e encargos associados como processos adaptativos. Assim, são requeridas competências e atitudes para gerir problemas e cuidados diários e manutenção da saúde em geral.

Igualmente as pessoas com DRC reagem aos objetos do tratamento sobre a base de uma realidade coletivamente e socialmente construída. Elas produzem saberes, que, segundo Jodelet (2001) são dimensões das representações, as quais têm influência na edificação dessas condutas (opiniões, atitudes, entre outros), sobre as quais intervém o sistema de comunicação.

As percepções consistem em elementos que interagem com as práticas e comportamentos. Estudos de Lin et al. (2013) e Goodman et al. (2013) consideram que a percepção associada às causas da doença interfere na formação das práticas e comportamentos, sobretudo quando elas são emocionalmente elevadas, pois possuem correlação impresumível no tratamento. Mormente a percepção de pessoas com doença renal em estágio avançado, que inclui crença que oscilam em função da trajetória da doença, com o controle e tipo de tratamento (VAN et al., 2009; JANSEN et al., 2012). E, quando estas crenças sobre o adoecimento são negativas, atuam de forma contraproducente na doença e no tratamento. (KIM; EVANGELISTA, 2010).

Sobre a capacidade de aprimoramento dos cuidados à saúde, estudo de Goodman et al. (2013) revelou que o aperfeiçoamento dos cuidados depende de vários fatores como a concepção ou severidade real e natureza da doença subjacente, o impacto, de curto, médio ou longo prazo, da capacidade destas pessoas em realizar tarefas rotineiras e o sistema de crenças expresso em torno da doença.

Em relação ao sistema de crenças em torno de uma doença, estudos de Frosthalm et al. (2007) e Gomez, Gutiérrez e Moreira (2011), consideram que elas ocorrem a partir do senso comum, mediante a elaboração de modelo cognitivo da moléstia. Este se mostra alicerçado na experiência concreta dos sintomas, combinados com conhecimentos preexistentes e inicialmente ligados ao contexto atual (a família, meios de comunicação, profissionais de saúde, entre outros). As crenças sugerem uma vinculação com o comportamento de saúde.

Destarte, as reações produzidas no organismo humano frente ao adoecimento renal e a necessidade de autogestão de cuidados à saúde incluem um julgamento sobre os problemas enfrentados no cotidiano que coadunam para elaboração de significados. Este aspecto projeta a doença como uma construção sociocultural e subjetiva, que possui uma organização interna de saberes individuais e coletivos, e resulta no modo como uma pessoa explica e busca soluções para seus problemas de saúde (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009). Igualmente, o mundo objetivo necessita ser interpretado pelo sujeito segundo a cultura, de modo a ler a realidade.

Essa dinâmica se manifesta com a produção de diferentes saberes que interagem entre si e configuram distintas definições de doença e cuidado de saúde. Estas são construídas a partir da adaptação aos múltiplos domínios da vida e marcadas pela heterogeneidade individual de quem porta a doença, bem como são resultado de um processo interativo no grupo social da doença renal. Conforme Gomez, Gutiérrez e Moreira (2011), frente à produção de saberes e interpretação da realidade, as pessoas somam intercâmbios que dão sentido a sua experiência e às reações em função da mesma.

Logo, a interpretação da realidade aborda não só aspectos biológicos atrelados à patologia, mas os diversos tipos de pensamentos numa rede relacional que faz surgir à pessoa com seu diálogo constante com a doença e sua demanda de autogerenciamento do cuidado a saúde e a doença. Conseqüentemente, a elaboração de representações sociais em torno do cuidado a saúde e a doença se mostra como um artifício mediado por percepções, crenças e valores compartilhados pela pessoa no contexto da diálise. Tal qual, afirma Jodelet (1990), as representações são elementos simbólicos, com uma dimensão atrelada à percepção da doença e ancorada em crenças e valores construídos a partir das expressões e condutas compartilhadas, que vive sob a mesma experiência social.

Igualmente, ante a carga da doença renal crônica, e o desafio que configura a vida da pessoa que a desenvolve, urge a necessidade de ampliar o olhar sobre os cuidados à saúde e a doença centrados na pessoa e autogestão da doença. Adota-se então o conceito de autogestão, que envolve a capacidade de agir, de tomar decisões, o qual guarda proximidade com o conhecimento, crenças e valores social e culturalmente construídos frente a realidade que os cerca.

A importância da ideia da autogestão e representação dos cuidados à saúde e a doença reside no reconhecimento de que não somente o conhecimento da doença é indispensável a pessoa com DRC, mas, sobretudo, os saberes que embasam suas condutas e práticas de cuidado, os quais a habilitam a gerir a doença e capacitá-lo para tomar decisões fundamentadas no seu dia a dia.

Coadunando-se à perspectiva da autogestão a DRC e aos cuidados à saúde e a doença, acredita-se que a Teoria das Representações Sociais (TRS) seja pertinente à compreensão do universo consensual deste grupo, no âmbito desse universo se materializam, ordenam-se e integram-se novas e velhas representações, tecidas como verdadeiras construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade da doença e do cuidado, facilitar a comunicação e orientar condutas (MOSCOVICI, 2011). Essas representações fazem parte da construção de um pensamento, capaz de afetar o processamento de novos elementos concernentes a objetos sociais, no caso as condutas e práticas de cuidado com a saúde nesse grupo específico.

Além disso, com essa temática na população renal crônica, entre as pesquisas de caráter nacional e internacional, nos últimos dez anos (2004-2015), nas bases *on-line Directory of open Access Journals (DOAJ), Medline/Pub Med, OneFile(Gale), Scielo Brazil Scientific Electronic Library*, utilizando os termos da língua inglesa *representation social and chronic kidney disease, representation and "chronic kidney disease" e representation and renal dialysis*, foram incluídos, de um total de 27 artigos, somente seis, publicados na íntegra, nos idiomas inglês, português, espanhol e francês.

Deste modo, dentre as pesquisas de caráter psicossocial, desenvolvidas em relação às questões relacionadas à representação do adoecimento renal crônico, o quantitativo refere-se à abordagem de as relações entre práticas de cuidado, afinidades psicoafetivas e sociais; o embasamento na formação de atitudes negativas e positivas para adesão ao tratamento e a qualidade de vida. (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008; COSTA; SILVA et al., 2008).

As evidências destacam a utilização das representações para explicar a forma como a pessoa mais tarde aceita o curso crônico da doença e outras modalidades terapêuticas (DESSEIX; MERVILLE; COUZI, 2010; PARFANI; NISTOR; COVIC, 2013). E consideram sua utilidade para estudar o adoecimento crônico e obter melhora da adesão ao tratamento. (FOWLER; BAAS, 2006).

A TRS considera os fatores intrassubjetivos, sociais, culturais e históricos na elaboração de uma representação, que, por sua vez, pode influenciar comportamentos, condutas e posicionamento frente à doença. Assim, a investigação das representações sociais do cuidado à saúde de pessoas com DRC oferece recursos para ampliação da compreensão dessa doença, a partir do momento que, valorizando o discurso da pessoa que vive essa cronicidade, explicita quais são as construções sociais e pessoais que estão envolvidas no adoecimento e que interagem com a autogestão da mesma.

Neste enfoque, assumem-se como objeto desta pesquisa as representações sociais do cuidado à saúde e a doença que pessoas com DRC em estágio avançado constroem e sua relação com a autogestão da doença. Esta pesquisa pretende integrar conhecimentos da área de enfermagem e da psicologia social, para unir esforços visando à compreensão da dinâmica social que inscreve a autogestão do cuidado de saúde com a doença renal. O significado destas representações sociais devem subsidiar os profissionais a estudar/pensar/refletir e pesquisar sobre o tema e, sobretudo, contribuir na identificação dos recursos disponíveis para minimizar as consequências da doença.

Em razão destas considerações defendo a seguinte tese: as representações sociais de cuidado à saúde e a doença construídas por pessoas com doença renal em estágio avançado, variam conforme a vivência frente ao processo de adoecimento, e a trajetória da doença nos distintos regimes terapêuticos, e consistem em um conjunto de conceitos que lhe estão associados os quais contribuem para a determinação das condutas na autogestão da doença. Portanto a questão norteadora desta pesquisa é: Há variação nas representações do cuidado à saúde e a doença de pessoas com doença renal crônica em diferentes regimes terapêuticos?

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais do cuidado com a saúde e a doença renal crônica de pessoas em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença, construídas por pessoas com doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise e de diálise peritoneal;
- comparar das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença construídas por pessoas com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise e aquelas em diálise peritoneal;
- analisar os conteúdos das representações sociais considerando as atitudes, conhecimentos e imagens na relação de cuidado com a saúde e a doença entre pessoas com doença renal crônica;
- identificar os elementos representacionais que favorecem e/ou dificultam a autogestão da doença.



## 2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo tem como propósito principal discutir o tema da doença renal crônica, contemplando três aspectos: apresentação epidemiológica da DRC, e discussão de alguns temas que se mostram importantes para as construções das representações sobre o cuidado com a saúde e a doença diante do adoecimento crônico renal e aspectos da autogestão dessa doença.

### 2.1 A DOENÇA RENAL CRÔNICA

#### 2.1.1 Conceito, significado(s) e modalidades de tratamento

A DRC frequentemente segue um caminho progressivo e dificilmente reversível. Sua magnitude e expressão mundial a posiciona como epidemia com relevância para saúde pública e principal causa de mortalidade na América Latina e Caribe (BRASIL, 2008; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Igualmente, a projeção como carga da doença abrange elevada e crescente prevalência, morbidade e mortalidade determinada pelas suas complicações crônicas, enorme impacto social e econômico. (SANTOS et al., 2012).

A estimativa de pessoas que evoluíram para o estágio final da doença no Brasil, e iniciaram tratamento dialítico em 2013, foi de 34.161, com taxa anual de mortalidade de 17, 9% e dos pacientes prevalentes e entre esses, 31, 4 % tem idade maior ou igual a 65 anos, na sua maioria 90, 8% em hemodiálise e 9, 2% em diálise peritoneal. (SESSO et al., 2014).

Essa é uma doença que compreende um amplo espectro de diferentes processos patofisiológicos associados com a função renal anormal, na qual o organismo não mantém o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico promovendo alteração na sua capacidade física e funcional de quem a desenvolve, quando comparada a população em geral (BOHM, MONTEIRO, THOMÉ, 2012; BHATTI; ALLI; SATTI, 2014). O consenso da *National Kidney Foundation* define a doença renal como uma ocorrência de queda progressiva da taxa de filtração glomerular (TFG), abaixo de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, persistindo por mais e três meses. (LEVEY et al., 2003).

Essas diretrizes estão baseadas em evidências da prática clínica para todos os estágios da doença e suas complicações desde 1997 (LEVEY et al., 2003; ARAUJO; PEREIRA; ANJOS, 2009). Nas fases iniciais (estágios um e dois) cursa um quadro assintomático, diferente das fases sequenciais cujos sintomas são intensos e persistentes o que consiste em taxas compatíveis com 15-20 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (LEVEY et al., 2003; ROMÃO JUNIOR, 2004). Nestes casos a uremia torna-se aparente com aparecimento de sinais e sintomas como: fraqueza, fadiga, confusão mental, cefaleia, prurido, edema, hálito de amônia, náusea, vômito, anemia, câibras musculares, entre outros.

Conforme Bastos e Kirsztajn (2011) com filtração abaixo de 15 ml/min/ 1,73m<sup>2</sup>, ocorre à falência renal e é requerida uma terapia renal de substituição (TRS). Além dos aspectos restritivos como limitar a ingesta hídrica e salina, a pessoa com DRC devem submeter-se a uma terapêutica dialítica (hemodiálise, diálise peritoneal), para remoção das toxinas acumuladas e o excesso de líquido ou realizar transplante renal. (CHILCOT; WELLSTED; FORRINTON, 2010).

O transplante consiste num tratamento, que inclui um procedimento cirúrgico, medicação e acompanhamento necessários ao pós-transplante (MACHADO, et al., 2012). Além disso, essas pessoas ficam em uma lista de espera para o transplante de rim, em parte por esta proposta possibilitar mudanças significativas no estilo de vida, existe à expectativa derivada da escassez dos rins disponíveis e requerem exames consultas médicas e laboratoriais periódicas (SILVA et al., 2014). Estes autores consideram que estresse e ansiedade prevalecem entre eles associados a padrões sociais e relacionados à doença renal crônica e ao tempo que ficam na lista.

Ainda, a presença de problemas emocionais na fase final da doença renal representa maior risco de complicações e não adesão ao tratamento médico pós-transplante, com potencial de impacto negativo na função do enxerto, e ter que voltar para diálise. (KUNTZ; BONFIGLIO, 2011).

#### 2.1.1.1 A modalidade de hemodiálise

A hemodiálise é atualmente o tratamento mais bem aceito mundialmente, realizado para filtrar o sangue através de um sistema extracorpóreo, porém requer que a pessoa participe, rotineiramente, em média três sessões de tratamento por semana (CHILCOT; WELLSTED; FORRINGTON, 2010). Pode ser efetuada no

centro de diálise ou no domicílio. Essa rotina de tratamento tem como propósito manter o bem estar da pessoa com DRC, e embora possa prolongar a vida não altera o curso natural da doença subjacente, nem substitui completamente a função ou controla os sintomas urêmicos. (SOLDÁ et al., 2010; MARAGNO et al., 2012).

A vida da pessoa com DRC em hemodiálise depende da existência de um acesso vascular (FAV), cateteres e ou próteses sintéticas funcionante, assim como uma equipe de enfermagem qualificada e experiente na punção da FAV, fundamental para o sucesso da terapêutica. Vez que, a preocupação com o acesso, prevalece entre os estressores relacionados a esta modalidade de tratamento (CASEY et al., 2014). Parte esta relacionada com o manuseio durante a terapêutica ou com o medo do trauma acidental. Com isso é comum à apreensão em evitar atividades que envolva exposição do membro da FAV ao peso, movimento brusco e riscos de acidentes.

A hemodiálise conforma um dos tratamentos para a DRC que causam muitas mudanças na vida dessas pessoas. Elas experimentam a diminuição a qualidade de vida (QV); possuem significativamente problemas orgânicos (maiores de taxas de desnutrição, inflamação, hospitalização e mortalidade) quando comparada a população normal (AGHAKHANI et al., 2012). A necessidade de internações rotineiras leva estas pessoas a romper atividades sociais e ficarem longe da família, amigos e daqueles que lhe são próximo.

Além disso, Terra et al. (2010) e Maragno et al. (2012) descrevem que a maioria dos tratamentos possuem efeitos colaterais e são produtores de sintomas que tanto podem aumentar como reduzir o benefício do tratamento. Os problemas ocorridos durante a hemodiálise modificam seu viver, quando esses se veem afetadas pela gravidade das intercorrências clínicas/ e ou complicações paralelas como dor, as câimbras, náusea, vômitos entre outros e a necessidade de uma quantidade de medicação exigida para aliviar os sintomas.

Dentre as reservas impostas a esta população está o gerenciamento de fluidos, pois para manutenção do equilíbrio de líquidos no organismo é requerido à redução da ingesta hídrica. Fatores psicológicos consistem na barreira mais comum na adesão à restrição de fluidos, principalmente envolvendo a falta de motivação (SMITH et al., 2010). O planejamento da vida é difícil e se sobrepõe a dependência da máquina e de autocontrole e limitações.

O estresse psicológico e físico vivenciado pela pessoa com DRC inclui enfrentar o medo, o estresse de ter que fazer hemodiálise, a aprendizagem, adaptação e mudança de comportamentos, além das necessidades individuais (SHIH; HONEY, 2011). Todos estes elementos incorrem em percepções e comportamentos de adesão ao tratamento que influenciam os resultados clínicos.

Entre as perdas, mais comumente está o sentimento de medo do futuro pela incapacidade de mudar seu rumo. A pessoa com DRC em tratamento de hemodiálise sofre desconexão com o mundo, possui sentimentos de arrasamento, perde a vontade de trabalhar e a plenitude do raciocínio (PAES DE BARROS et al., 2011; PUPIALES, 2012). O sentimento de impotência pode ser real ou excessivo e figura na crença internalizada na incapacidade de mudança, resultando em apatia e falta de vontade de lutar por maior controle. (LERNER, 1998).

Estudo sobre representações acerca destas terapêuticas, envolvendo 35 pessoas, revelam que as pessoas que representam o tratamento de hemodiálise em um rito tradicional de passagem parecem superar mais facilmente a situação e, conseqüentemente essa representação vai influenciar a forma como apoia o transplante renal (DEISSEIX; MERVILLE; COUZI, 2010). Embora muitas pessoas com DRC em hemodiálise tenham como meta e optam pelo transplante.

#### 2.1.1.2 A modalidade de diálise peritoneal

A diálise peritoneal consiste em um processo que promove a remoção do excesso de líquido corpóreo e de substâncias tóxicas, que seriam eliminadas pela urina, através de um cateter flexível implantado no abdome (CESAR et al., 2013). Este processo pode ser realizado tanto ambulatorial quanto no domicílio, podendo ser contínua e/ou intermitente, e de forma manual ou automatizada. (CESAR et al., 2013).

Quando é utilizada uma máquina cicladora é denominada diálise peritoneal automatizada (APD). A máquina é programada conforma prescrição médica, e a diálise é realizada normalmente no período noturno, enquanto a pessoa dorme. A modalidade manual é denominada diálise peritoneal contínua (DPAC). Nessa modalidade são efetuadas trocas, diárias, com infusão, permanecia e retirada de um líquido de diálise na cavidade abdominal. (ABRAHÃO et al., 2010).

Normalmente, os enfermeiros participam da seleção e realizam a capacitação dessas pessoas para realizar as trocas de bolsas em seus domicílios. Essa seleção inclui a avaliação dos aspectos fisiopatológicos, sociais e emocionais (TAVARES; LISBOA, 2015). De acordo com estes autores merece uma atenção especial por parte da enfermagem o cateter de diálise peritoneal inserido no abdome, que permite uma fácil infusão de líquidos, mas para alguns, conforma incômodos, principalmente devido à permanência no corpo, causando problemas e autoimagem que podem afetar sua autoestima. (SANTOS; VASCONCELOS; BETÔNICO, 2011).

Sobre a percepção tátil da pessoa na convivência com o cateter de diálise peritoneal, Cruz e Araújo (2008), evidencia que esta, se relaciona a essencialidade do mesmo no abdome e aponta para o cuidado, ainda que, gere a alternância função do cateter/adaptação ao abdome/ mal estar/ bem estar. Uma restrição ligada ao cateter que marca a pessoa em diálise peritoneal associa-se a limitação para o banho de imersão, e com isso ela passa a descartar do cotidiano o banho de praia devido ao potencial risco de contaminação pela água. (SANTOS; VALADARES, 2011).

Santos e Valadares (2011), abordam que além da necessidade de conviver com o cateter essas pessoas requerem adaptações no domicílio e aquele que for realizar a terapia precisa readequar horários, sua rotina e hábitos de vida de forma a oferecer segurança ao processo dialítico.

## 2.2 INTERFACE ENTRE REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E CUIDADO COM A DOENÇA RENAL CRÔNICA

O binômio saúde/doença é processual e permite o entendimento de que a pessoa pode produzir um sentido subjetivo de saúde, mesmo no adoecimento (MOURA; PERES; REY, 2011). Para estes autores a vivência no processo de adoecer e a necessidade de encontrar saúde leva a pessoa a buscar potencialidades, que surgem ligadas a aspectos culturais, históricos e sociais e constituem a integralidade da pessoa com o social.

O reconhecimento da doença diz respeito a construções sociais sobre seu processo de adoecimento e consiste em expressões arraigadas e determinadas em interpretações da realidade. Dessa forma, a saúde é vista como um fenômeno psicossocial e indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e as pessoas numa

dada sociedade (SPINK, 2013). Para a autora, essa abordagem possibilita o confronto entre o significado social da experiência e o sentido pessoal que lhe é conferido. Assim, as pessoas conformam significados e inter-relações para o entendimento da doença.

Spink (2013), explica que na vertente das representações do processo saúde doença são explanadas com base no substrato social das construções que grupos e sociedades elaboram da doença e da saúde. Alguns estudos exploram o saber do senso comum a partir das representações sociais. Um exemplo o estudo Reis, Oliveira e Gomes (2009) que aborda as representações sobre saúde entre adolescentes do ensino médio e revela que a saúde é representada em torno das dimensões de bem estar, avaliativa, funcional, hábitos de vida e biomédica.

Também, o estudo de Silva e Menandro (2014) que identifica as representações de saúde e cuidados de saúde entre idosos e descreve os núcleos de sentido da saúde, como prejuízo e condicionada a cuidados médicos, tranquila como efeito de disciplina e hábitos saudáveis e os cuidados orientados em saúde. No âmbito da doença crônica o estudo de Gomes et al. (2012) acerca das representações da AIDS entre pessoas soropositivas que aponta as dimensões afetivas e comportamentais nas relações que estabelecem essas representações.

A respeito da DRC, os estudos de Coutinho e Costa (2015), que verificou que as representações da depressão entre pessoas em hemodiálise e seus familiares são objetivadas na tristeza e no isolamento social. Campos, Mantovani, Nascimento e Cassi (2015) descrevem que as representações de adoecimento entre pessoas com DRC revelam a diferença e interrupção dos projetos de vida e consideram que o vínculo e apoio social, são relevantes para a construção de representações do cuidado.

Face a essa abordagem entende-se que são estas representações de saúde e de doença que conduzem a ação para o cuidado, entretanto precede esse entendimento o conhecimento sobre o que embasa esta ação, ou seja o sentido pessoal dado a experiência do adoecimento renal. Estudos e Wiggins e Patel (2010) abordam a DRC como uma epidemia sociocultural, pois além da rápida distribuição, afeta várias dimensões do ser humano, costumam produzir eventos estressantes, impondo restrições e modificações bruscas por vigência da descoberta e convivência com o tratamento.

Junges e Bagatini (2010), ao procurar entender o modo como pessoas com doença crônica buscam resignificam a vida, afirma que o sentido é construído em torno das causas da doença (genética) ou devido ao estilo de vida (culpa). Já Helman (2009), considera que as pessoas normalmente compreendam as doenças com base no mundo simbólico que os circunda e nas representações de saúde e doença o qual revela a ligação com a dimensão social. Assim, a doença surge como um conflito mediado pelo estilo de vida e resistência da pessoa ou sua reserva de saúde.

Para Conrad e Barker (2011), o significado social e cultural atribuído as doença influenciam a experiência da enfermidade e modelam a forma como a sociedade responde a pessoa acometida com consequências independentes para a pessoa e os cuidados com sua saúde. Estes autores acreditam que estas experiências embora diferentes entre si existam mais por razões sociais do que puramente biológicas, pois o significado cultural produz impacto na maneira como a moléstia é vivenciada e representada, ou seja, na resposta social a ela.

Ao ponderar os aspectos desencadeados pela doença Goffman (2009) e Conrad e Baker (2011), lembram que algumas destas podem tornar-se estigmatizadas, da mesma maneira que este estigma pode mudar no decorrer do tempo. O estigma é definido como uma situação na qual a pessoa não possui a plena aceitação social. Esse termo foi cunhado pelos gregos a fim de evidenciar algo perverso no estado moral de quem o possuía que se traduz numa marca corporal. (GOFFMAN, 2009).

A doença renal crônica pode ser considerada como uma condição que estigmatiza, pois produz naqueles que a possuem a marca da diferença física mediante a necessidade do doente renal submeter-se a procedimentos invasivos, devido à confecção de acesso e/ou submissão ao transplante de rins, impondo mudanças físicas com alteração da imagem corporal. Além disso, observa-se uma diferença social, devido ao adoecimento trazer implicações na construção sociocultural, com repercussões em diferentes âmbitos da convivência dessas pessoas.

Pizzignacco, Mello e Lima (2010) ressalta que a repercussão do estigma na vida das pessoas com doença crônica pode interferir na adesão ao tratamento, no processo de socialização, na reação com os familiares e na formação de sua biografia, com reflexo direto na qualidade de vida. O significado cultural de certas condições de saúde confere ao *Estigma*, um atributo depreciativo, que distingue o indivíduo dos demais, e se encontra em determinada categoria social (GOFFMAN, 2008). O autor destaca o significado social que a debilidade física adquire através

das interações sociais e afirma que este não emana da debilitação em si, mas da tessitura da vida cotidiana.

As raízes dessa abordagem encontra na obra de Goffman (2008, 2009) a definição de três tipos de estigma, o estigma do corpo, de caráter e tribais das raças, nação ou religião. A maioria deles pode ser percebida imediatamente através do estereótipo da pessoa, tornando-o um ser desacreditado, enquanto outros podem ser camuflados, não perceptíveis no contato inicial, tornando-o desacreditável. Tal diferença é considerada crucial para maneira como se enfrenta o estigma. (GOFFMAN, 2009).

Na condição de desacreditável a pessoa busca encobrir fatos decisivos que estão além do tempo e lugar da interação, ou dissimulados nela, pois há o entendimento que sua condição não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível (GOFFMAN, 2009). Neste caso as crenças e emoções simplesmente podem ser verificadas indiretamente, através de confissões ou do que se assemelha a um comportamento involuntário. Isto ocorre quando a pessoa não se sente habilitada para uma aceitação plena da sociedade, pois se sente marcado como ser diferente.

Silva et al. (2013a) explica que estas pessoas passam por processo de rejeição/aceitação e pode ter impacto para estabelecer relações. As mudanças corporais advindas do tratamento renal como acessos venosos, consistem em marcas de vulnerabilidades como manter-se vigilante e assertiva para proteger o auto estigma da fistula arteriovenosa (RICHARD; ENGBRETSON, 2010). E leva muitas vezes a pessoa com doença renal adotar uma condição de desacreditável.

A experiência do adoecimento renal leva estas pessoas a aprender uma nova maneira de ser. Goffman (2008) acrescenta que esta deve ser preferencialmente, adequada aos padrões daqueles que a sua volta considera válida e quando a pessoa adquire tarde um novo ego estigmatizado, as dificuldades que sente para estabelecer novas relações, podem aos poucos ampliar-se as antigas.

Destarte, as pessoas com as quais o estigmatizado passa a se relacionar depois deste evento podem vê-lo, simplesmente, como uma pessoa que tem um atributo diferente. Em contrapartida, isto não se aplica para as amigas e ou relações antigas, pois estão ligadas a uma concepção do que a pessoa foi e corre o risco de não conseguir trata-lo com aceitação familiar. (GOFFMAN, 2008).

A pessoa acometida pela doença renal é um ser social dotado de expectativa, conhecimentos e interesses e que tem valores socioculturais, que produzem sentido e



ressignificações sobre seu processo crônico de adoecimento. Assim, a doença surge como uma possibilidade de existir do homem, apresentando relações proximais tanto para percepção de saúde quanto para percepção da finitude da vida, parecendo residir nesse ínterim vivido uma relação entre subjetividade e objetividade. (SCHAURICH, COELHO; MOTTA, 2006).

A representação da condição crônica na DRC se inscreve na vida de quem a desenvolve mediante o ir e vir que invade seu cotidiano, por meio de tratamento prolongado e necessário a sua condição de vida atual, internações repetitivas, remissões e exacerbações da doença. Tais limitações promovem um desarranjo na estrutura interna destas pessoas, modificando sua posição diante dos fatos, incorrendo, em algumas vezes nas alterações de padrões comunicação, e relação consigo mesmo e com os outros.

Estudo de Ramos et al. (2008b), sobre significado da experiência na implementação do cuidado a pessoa com DRC em hemodiálise observa que o imaginário destes se submete a diversas possibilidades tangíveis e intangíveis como: reconhecimento da gravidade da doença, do tratamento e suas consequências, efeitos dos medicamentos, alterações de hábitos de vida pessoal e social, dentre outras situações adversas que provocam medo, insegurança e dúvida quanto ao futuro incerto para cura e possibilidade de viver.

A forma como essas pessoas pensam e se relacionam com a doença parecem envolver fatores de ordem estrutural e simbólica, do contexto da vida diária, da biografia desses sujeitos e da experiência (previa e atual, pessoal e de outras pessoas) e do próprio curso da doença. Articula-se a compreensão da experiência da condição crônica renal e sua relação com produção de significados na organização social de suas vidas, mecanismos de enfrentamento e atribuições elaboradas sobre determinada situação.

Entre os aspectos do adoecimento renal Martins et al. (2011) descreve que a DRC integra eventos como limitações ligadas ao tratamento de escolha, afastamento da vida laboral, familiares e ao mesmo tempo produz desgaste e dependência, redução à qualidade de vida e da cognição, e diminuição de atividade física. E conforma uma condição sem alternativa de remissão rápida dos sintomas, levando às pessoas acometidas a submissão da dependência fisiológica da máquina para depurar o sangue, substituindo parcialmente os seus rins (DE CARVALHO; MOREIRA; NUNES, 2012). Todas as alternativas são paliativas buscam aliviar os sintomas da doença e prolongando a vida.

Em meio a estas dependências, esta condição é difícil e pode ser especialmente complexa, visto que ser um renal crônico significa ter um cotidiano modificado pelos entraves e limites ditados pela doença e o tratamento. Assim, caracteriza a interação de fatores de risco complexos fatores etiológicos desconhecidos podendo evoluir para incapacidades, incorrendo em danos físicos, com impacto social e psicológico.

Pessoas em diálise crônica são seguidamente acometidos pela depressão e, esta consiste em uma condição comum entre estas pessoas, a qual aumenta o risco de graves eventos adversos de saúde e contribui para significativa redução da qualidade de vida (FISCHER et al., 2010). Aliado a outros problemas que podem se fazer presente como a relativa perda da autonomia frente a sua vida e necessidade de cuidados à saúde. Resultados de estudos demonstram que pessoas em fase pré-dialítica, e dialítica tem em média sentimentos moderados de autonomia. (JANSEN et al., 2010).

A autonomia refere-se à regulação do *self* e configura uma das necessidades psicológicas básicas para a o funcionamento ideal (DECI; RYAN, 2008). Quando a necessidade de autonomia é comprometida, sua autoestima também pode ficar fragilizada levando a insegurança, por outro lado, a elevada autoestima está à associada a bem estar (PARADISE; KERNIS, 2002). Ramos, Queiroz, Jorge, Santos (2008a), ao examinar as representações de cuidado em situação de doença renal revela que as pessoas nessa condição mostram sofrimento frente a doença e o doloroso processo de aceitação das limitações impostas pelo tratamento.

A compreensão desta especificidade atrelada à doença renal crônica permite ampliar o entendimento sobre os aspectos ligados a autogestão com vistas ao cuidado com à saúde e a doença.

### 2.3 AUTOGESTÃO DA DRC E O CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA

A autogestão da doença crônica tem sido amplamente reconhecida como uma parte essencial dos cuidados com as condições crônicas, uma vez que permite melhorar os resultados de saúde. O termo autogestão (*self management*) foi usado pela primeira vez por Creen em meados de 60, entendido como a participação ativa da pessoa no seu tratamento (RIJKEN et al., 2008). Lorig e Holman (2003) o descrevem como um processo dinâmico e interativo no qual rotineiramente, as pessoas se engajam para gerenciar uma doença crônica.

Segundo estes autores o objetivo da autogestão é de minimizar o impacto da doença crônica e permitir que as pessoas lidem com os efeitos psicológicos da doença. Rijken et al. (2008) confiam que autogestão não é considerada uma opção, mas uma inevitável série de atividades que devem ser uma parte integrante dos cuidados primários e envolve a gestão dos sintomas, do tratamento e consequências físicas e psicossociais inerentes a condição crônica.

O modelo de atenção crônica (CCM) a descreve como um conjunto de medidas clínicas e elementos práticos destinados a atenuar a aperfeiçoar a gestão da doença crônica: vínculos comunitários, suporte organizacional, suporte/apoio à autogestão, o projeto do sistema de entrega, a decisão de apoiar, o sistema de informação clínica. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Em uma visão geral, a descrição do processo de autogestão da doença crônica foi ampliada por Shulman-Green et al. (2012), o qual identificou diferentes enfoques para a autogestão: o foco nas necessidades da doença, ativação de recursos e o fato de viver com a doença. O foco da necessidade da doença encontra-se articulada a tarefas e competências de aprendizagem sobre autogestão, que incluem a aquisição de informações sobre a doença e aprender esquemas necessários para gerenciar os problemas diários, realizado pela pessoa doente ou em conjunto com outras pessoas, familiares.

Ativação de recursos essenciais para melhorar a autogestão envolve outras pessoas, profissionais, familiares, recursos entre outros. E por fim, viver com a doença crônica foi concebido como um processo de autogestão que também inclui tarefas e competências para lidar com a doença e crescer como pessoa, ao integrar esta no seu contexto de vida. (SHULMAN-GREEN et al., 2012).

Outro modelo teórico utilizado é a abordagem e autorregulação de Leverthal, Merez e Nerenz (1980), que teoriza que os indivíduos desenvolvem a estratégia que eles usam para controlar a doença. Este processo consiste no resultado de uma recíproca regulação contínua entre observação, julgamento e ação, e está fundamentada no entendimento de que os doentes constroem representações que fazem sentido a sua experiência a qual fornece as bases para suas próprias respostas de enfrentamento.

Nessa proposta a importância da comunicação na adesão ao tratamento e a relação estrutura da percepção da doença foi apresentada a partir de cinco dimensões: crenças com relação à etiologia e causas da doença, a identidade ligada

aos sintomas, às consequências associada à gravidade da doença e o impacto sobre o funcionamento psicológico, social, físico e econômico, a linha do tempo que sinaliza as concepções acerca da duração da doença e curar e controlar relacionado na medida em que a doença pode ser controlável e curada. (REDAT et al., 2013).

A respeito da DRC, os estudo de Curtin et al. (2008), explora a associação entre autoeficácia e comportamento de autogestão e descrevem que a percepção elevada da confiança alicerçada na comunicação com os cuidadores, na pareceria, na adesão a medicação, na capacidade de defender-se e de cuidar-se. A auto eficácia (*self efficacy*) é definida como senso a crença de que cada um consegue ter comportamentos que permitam atingir um objetivo desejado, relacionado com a saúde (BANDURA, 1984). É determinado por atitudes, crenças e características individuais, habilidades inatas, assim como pela educação, conhecimento, treino e aprendizagem de competências.

Ainda, o enfoque do suporte de autogestão da DRC tem sido relevante entre pessoas em estágio pré-dialítico para obter-se uma relação positiva entre conhecimento da doença e o desenvolvimento da capacidade de cuidar-se (CHOI; LEE, 2012). O suporte de autogestão (*self management support*) tenta expandir a colaboração centrada na pessoa para cuidar-se com apoio da educação e informação por parte dos profissionais de saúde. (RIJKEN et al., 2008).

A abordagem do autoatendimento educativo de cuidados a saúde, estilo de vida e hábitos com pessoas identificadas de alto risco para DRC propõe o uso da ferramenta eletrônica para apoiar essas pessoas (CUETO-MANZANO; MARTÍNEZ-RAMÍREZ; CORTÉS-SANABRIA, 2010; ONG et al., 2013). O objetivo destas propostas é promover uma escolha informada para a pessoa, através da interação com a equipe preparada e pró ativa.

Com a necessidade de aprofundar a temática no contexto da DRC, em revisão de literatura realizada em março de 2015, foram selecionados publicações de artigos revisados por pares, disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2010 e 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, com resumos disponíveis na base eletrônica selecionada *SciVerse Science Direct (Elsevier)*. Para a busca utilizou-se os termos conjugados “*chronic kidney disease*” and “*self-management*”, foram selecionados 19 artigos, no idioma inglês disponíveis na íntegra. Após leitura e tradução dos resumos, obteve-se uma amostra de 12 artigos sobre a temática no contexto da DRC.

Os achados revelaram que a maioria dos estudos aborda o suporte de autogestão na DRC. A intervenção educativa em um grupo estruturado para melhorar a autogestão da pressão arterial em pessoas com DRC sugere este tipo de abordagem se mostrou eficaz enquanto proposta e obteve melhora do controle pressórico (BYRNE et al., 2011). Também, em pessoas com hipertensão não controlada o automonitoramento combinado com telemonitoramento mostrou-se eficaz. (MCMANUS et al., 2010).

Outra proposta com este enfoque da autogestão relaciona-se a uso de desenvolvimento de ferramenta de gestão para guiar o conhecimento e orientação pessoas com DRC que tem baixa literacia (DEVRAJ; WALLACE, 2013). A literacia definida como a capacidade que a pessoa possui para compreender e usar a informação escrita, contida em materiais impressos, de modo a desenvolver seus próprios conhecimentos.

A relação entre alfabetização de saúde e comportamento de autogestão entre pessoas com DRC e diabetes em estágio avançado da doença, foi explorada por Lai et al. (2013), e confirmou que o nível de educação não se relaciona com autogestão e sim a capacidade de comunicação e alfabetização de saúde crítica. Em um grupo de pessoas com características semelhantes Thomas e Bryar (2013), propuseram um pacote educacional para estas pessoas autogerir seu risco de desenvolver a progressão da DRC, que inclui medidas de controles clínicos, nutricionais e aconselhamento sobre estilo de vida.

Novak et al. (2013), descrevem que o reforço da autogestão melhora a qualidade de vida, de enfrentamento, da gestão dos sintomas, incapacidades e reduz os gastos de saúde e utilização dos serviços. Assim, estratégias de autogestão como o uso da tecnologia de informação na área do cuidado de saúde, a comunicação, o apoio social ajuda amparar as práticas destas pessoas e gerenciar a doença renal de forma eficaz (ONG et al., 2013; SCHATELL, 2013) suporte telefônico para pessoas com a DRC em fase final tem como alvo a necessidade clínicas e sociais.

Outras propostas de suporte de autogestão trazem o recurso do telefone para apoiar pessoas com vistas à diminuição do impacto da morbidade e progressão da doença (CHEN et al., 2011). E também, a elaboração de instrumentos para avaliar o comportamento de autogestão das pessoas com DRC em cuidados primários de saúde (LIN et al., 2012). Para esses autores comunicação e parceria são determinantes para desenvolver a autogestão.

No âmbito do modelo de autorregulação foi identificado o estudo de Chen et al. (2011) que teve como objetivo desenvolver um programa de educação de autogestão com base na teoria da auto regulação para avaliar a autoeficácia, o comportamento de autogestão e a progressão da doença renal em estágio inicial.

Por fim, identificou-se um estudo que teve como foco a autogestão baseada na necessidade da doença e do viver a cronicidade que examinou os níveis de autogestão e os fatores que a influenciam as pessoas em hemodiálise (LI; JIANG; LIN, 2014). Este estudo identifica que para estas pessoas, o nível foi inferior ao ideal, variando de rara a algumas vezes o uso do comportamento de autogestão e esteve associado aos seguintes fatores: o conhecimento da pessoa, a autoeficácia, a disponibilidade de apoio social e a depressão.

Welch et al. (2015), descreve que essas iniciativas desafiam as suposições inerentes aos objetivos mais amplos das políticas de saúde, construídos sob a noção do paciente responsável e o apoio ativo da autogestão para as pré condições. Embora não exista um padrão de autogestão existem pontos em comum entre esses modelos revisados na literatura. Estes envolvem a gestão dos sintomas, do bem estar psicológico, a busca de informações e recursos, como comunicação e parceria com profissionais de saúde.

A autogestão é determinada como a gestão das atividades e do processo de resolução de problemas (LI; JIANG; LIN, 2014). A gestão das atividades refere-se à prevenção das complicações e controle da doença que inclui adesão à medicação, restringir líquidos, cuidados com a fístula e os exercícios. A resolução de problemas relaciona-se ao processo de identificação dos mesmos e escolhas dos métodos adequados para resolver e avaliar seu efeito e contribuir para o cuidado.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O referencial teórico metodológico está pautado nos pressupostos de Moscovici sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS) e será apresentado a partir dos seguintes tópicos: a trajetória da Teoria das Representações Sociais; conceitos e definições da Teoria das Representações Sociais; os processos de produção das representações sociais, a Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais.

##### 3.1.1 A trajetória da teoria das representações sociais

A Teoria das Representações Sociais configura o fio central que dá forma ao tecido de leitura da realidade social, pois permite vislumbrar as concepções, conhecimentos, práticas e relações mantidas dentro e fora dos grupos, no qual a doença renal advém.

Em momentos marcados por incerteza e perplexidade, como ocorre no processo de adoecimento e cronicidade renal, as representações sociais podem atuar de forma significativa já que sua apreensão por meio do discurso, das evocações de palavras, dos gestos, imagens, entre outros, traz elementos que subsidiam o entendimento do autogerenciamento do cuidado à saúde para este grupo específico.

Esta tese se sustenta no conceito e na Teoria de Representações Sociais, proposta por Moscovici (2012, p.27), “como sistema de preconceções, imagens e valores que tem significado cultural e persiste independente das experiências individuais”. Tal premissa do autor enseja a função constitutiva da realidade desses grupos, já que as representações são produto do meio de convivência no qual as pessoas se movimentam e, alternativamente, surgem de maneira expressiva, como construções dos sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados.

A Teoria das Representações Sociais é compreendida por Farr (2011) como uma forma sociológica de Psicologia Social, foi originada na Europa e teve como precursor Serge Moscovici na França, em 1961, com sua obra “*La Psychanalyse: son image et son public*”, na qual o autor busca mostrar o que é construção social do objeto a partir das experiências práticas do homem.

Os pressupostos edificantes da teoria resultam da valorização do senso comum e da indissociabilidade sujeito/objeto. A questão para Moscovici (2011) era entender como as pessoas partilham conhecimentos e, a partir destes, constituem sua realidade comum. Conhecimento sempre produzido na interação com o mundo onde as pessoas estão e onde “[...] os interesses humanos, necessidades e desejos encontram expressão, satisfação, frustração”. (MOSCOVICI, 2011, p.9).

Ao valorizar o saber e o fazer do senso comum, Moscovici evidencia que este tipo de conhecimento faz parte da história, promove mudança de rumos, constrói culturas, amplia horizontes e sustenta e propõe condições até para que grupos privilegiados se apropriem da ciência.

Sua intenção era demonstrar como se dá a formação de um novo senso comum, a partir dos modelos científicos propostos, relacionando com outros conceitos como atitude, cognição social e outros. O autor acaba por rejeitar o conceito de representação coletiva<sup>2</sup> porque seu interesse era por uma sustentação capaz de representar formas mais abrangentes e heterogêneas de conhecimento, contemplando fenômenos menos estáveis e relacionados à representação contemporânea. (MOSCOVICI, 2011).

A motivação da pesquisa de Moscovici se registra na história de sua vida, testemunha da opressão nazista durante a Segunda Guerra Mundial, o que levou à formulação dos questionamentos que o acompanham em tempos atuais: “por que a fé remove montanhas? Como é possível que os seres humanos se mobilizem a partir de algo que aparentemente supera a razão? Como é possível que sejam conhecimentos práticos a base para que eles vivam suas vidas?”. (ARRUDA, 2002).

Moscovici (2011) salienta que a realidade é socialmente construída e o saber é uma elaboração do sujeito articulado a sua inscrição social. Esta abordagem levou o autor a chamar os sujeitos de “sábios amadores”, e assim o fez porque compreendeu que, apesar de estas pessoas não serem cientistas, ainda assim não deixavam de discutir um fenômeno novo que se encaminhava dentro da sociedade.

O surgimento da Teoria das Representações Sociais causou impacto nos meios intelectuais pela novidade da proposta, mas não produziu desdobramentos

---

<sup>2</sup> Na sociologia de Durkheim (1912, p.621) (apud Lahlou, 2011, p.69), a representação coletiva consiste em uma estrutura que permite a interpenetração das consciências. Esta ideia é o germe de uma noção chave que a psicologia social saberá retomar e desenvolver: o papel dinâmico das representações sociais, objeto comum, comunicativo e socializante. O conceito de representação coletiva proposto por Durkheim será equivalente dos objetos de pensamento individuais no nível coletivo. O autor focava enfoca mais o caráter coletivo do que suas características cognitivas.



visíveis à época. Esta permaneceu atrelada ao Laboratório de Psicologia Social da *École de Hautes Études en Sciences Sociales*, em Paris, e aos laboratórios de colegas como Claude Flament, Jean Claude Abric e outros interessados por ela, de forma mais dispersa na Europa. A Teoria aparentemente não se consolidou de imediato, reaparecendo significativamente a partir dos anos 1980. (ARRUDA, 2002).

A Teoria das Representações Sociais, no ano de 2011, balizou cinquenta anos de surgimento e configura uma teoria composta e desenvolvida em dois séculos, com contextos sociais e históricos distintos e que vem se revelando ao longo desses tempos com capacidade de sobreviver às vicissitudes da realidade. (GUARESCH, 2011).

### 3.1.2 O conceito de representações sociais

No seu aspecto conceitual, a Teoria das Representações Sociais desdobra-se a partir da definição de Moscovici,

[...] um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidades, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2011, p.21).

Sá (1996, p.33) ressalta que “a representação é uma construção e uma expressão do sujeito, que pode se considerada do ponto de vista epistêmico<sup>3</sup>, mas também social, coletivo na medida em que integra a participação social e cultural do sujeito”. Destarte, os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais. (JODELET, 2001; SÁ, 1996).

Jodelet (2001, p.22), estudiosa e continuadora das ideias de Moscovici, ressalta que “a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com objetivo prático, e que contribui para construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Assim, as representações são saberes do senso comum construído na relação entre indivíduos.

---

<sup>3</sup> Epistêmicos (que se focalizam processos cognitivos) ou psicodinâmicos (se a ênfase se dá sobre os mecanismos intrapsíquicos, motivacionais etc.). (SÁ, 1996, p.33).

Em seu cotidiano, as pessoas analisam, conversam e pensam sobre diferentes temas e constroem representações, as quais passam a interferir nos seus comportamentos e condutas sociais. De acordo com Jodelet (2001), as representações formam um saber funcional e prático que permite que as pessoas se relacionem dentro de um espaço social, agregando conhecimentos novos sobre outros já construídos, de modo que as ações cotidianas adquiram sentido. Logo, o saber prático caracteriza-se a partir da experiência.

Jodelet (2001, p.9) destaca que é importante pensar na representação como uma forma de saber que liga um sujeito (epistêmico, psicológico, social e coletivo) a um objeto (humano, social, ideal e material). Em virtude disso, para esta autora, a representação social é sempre de um objeto e de um sujeito.

A representação de um objeto não é simplesmente sua reprodução, pois, ao ser representado, o objeto é modificado. Nesse sentido, para Moscovici (1978, p.58), “[...] a representação de um objeto é uma rerepresentação diferente do objeto”. Por isso, as representações sociais são sempre construídas e não são meras reproduções. Esta perspectiva do autor confirma que as representações consistem em interpretações da realidade, através de uma relação que não é direta, mas mediada por categorias históricas subjetivamente constituídas.

Assim, as informações, opiniões e atitudes proferidos por pessoas e grupos consistem no material necessário à construção das representações sociais. A esse respeito, Moscovici (2011, p.43) denominou “Sociedade Pensante aquela formada por pessoas e pelos grupos sociais os quais produzem ativamente suas representações e soluções específicas para questões que eles mesmos atribuem”. O autor questiona as teorias que concebem o sujeito apenas como um processador mecânico de informações que são recebidas do mundo exterior.

Ao refletir acerca da estrutura interna da sociedade, Moscovici (2011) afirma coexistir dois universos distintos, o universo consensual e o reificado, que não são opostos, mas possuem características próprias e se amparam mutuamente em suas dimensões. Sá (1995, p.28) ressalta que, “nos universos reificados, se produzem as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata [...] e estratificação hierárquica”.

E, no universo consensual todas as pessoas possuem o mesmo valor na sociedade, e, como afirma Sá (1995, p.29), aos universos consensuais “correspondem a teoria do senso comum, as atividades intelectuais formadas pelas práticas das

interações sociais, nas quais são formadas representações”. Essa perspectiva, segundo este autor, permite a pessoa apresentarem-se como um pesquisador amador, dotado de opiniões, condutas e respostas aos desafios impostos na vida diária.

Moscovici (2011) aponta que esta interação cunhada entre as pessoas, gera núcleos representativos com determinada estabilidade e maneiras comuns de ação e representação, elegendo uma comunidade de significados entre aqueles que participam do grupo. Significa entender a sociedade como uma criação visível composta de seres humanos que tanto agem sobre como reagem à mesma.

Sá (1996) destaca que o universo consensual presente nas representações sociais se desdobra a partir da conversação informal, enquanto o reificado preserva aspectos de elaboração que se cristalizam no âmbito científico. Essa cristalização é apontada por Moscovici (2011, p.50) como “sistema de entidades sólidas, básicas e invariáveis, significa que são indiferentes à individualidade de cada sujeito e não possuem identidade”. Com isso, o autor sinaliza que, no universo reificado, a sociedade vê os objetos isoladamente, não considera sua criação. A partir desta ótica, as ciências apropriam-se individualmente destes objetos e lhes conferem autoridade de pensamento.

Igualmente, importante é a constatação de Moscovici (2011, p.52) de que “o contraste destes dois universos, consensual e reificado, exerce um impacto psicológico e o limite entre eles divide a realidade coletiva e a física em duas”. Com isso, o autor sinaliza que o conhecimento reificado expresso pelas ciências é independente da consciência de cada um, oculta valores, ao contrário das representações que restauram a consciência coletiva.

### 3.1.3 Os conteúdos e os processos de produção das representações sociais

A permanente interação propiciada no contexto social da doença renal crônica leva as pessoas a teorizar sobre a vida cotidiana, construindo um saber pragmático, que foge dos moldes científicos, formando um corpo de conhecimentos organizado, proveniente destas relações. A partir das informações que circulam no seu cotidiano, buscam criar explicações através das representações sociais. Além disso, segundo Jodelet (2001), criamos representações para sabermos nos comportar frente ao mundo a nossa volta, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver problemas. A autora salienta que

[...] frente a este mundo de objetos, pessoas, acontecimentos, ideias, não somos (apenas) automatismo e nem estamos isolados num vazio social: partilhamos este mundo com os outros, que nos serve de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para aprendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana. (JODELET, 2001, p.177).

Destarte, as representações sociais configuram um sistema de interpretações que regem nossa relação com o mundo, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Na concepção de Jodelet (2001, p.5), “as representações sociais podem intervir em processos de difusão/assimilação de conhecimentos, no desenvolvimento individual/coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais”. Sá aponta que

A grande teoria das Representações Sociais aos moldes das proposições originais básicas de Moscovici foi desdobrada em três abordagens complementares: uma liderada por Denise Jodelet, fiel a teoria original; a liderada por Willen Doise, que apresenta a dimensão sociológica das representações sociais e a liderada por Abric, com a dimensão cognitiva estrutural das representações sociais. (SÁ, 1998, p.65).

O autor observa que estas abordagens não são incompatíveis entre si, pois possuem a mesma matriz teórica. Wagner (2000, p.149) ressalta que, numa pesquisa, a representação social pode ter dupla visão, “é concebida como um processo social que envolve comunicação e discurso ao longo do qual os objetos e significados são construídos e elaborados” e as representações são operacionalizadas como “estruturas individuais do conhecimento, símbolos e afetos, distribuídos entre as pessoas, em grupos ou sociedade”.

Entendendo que as representações sociais se constroem na história e que os sujeitos se apropriam do objeto, atribuindo-lhe sentido, pode-se afirmar que há um processo e um movimento de reconstrução contínuo, que as atualiza a partir das informações que vêm de experiências concretas. (MOSCOVICI, 1978).

Além da possibilidade de ser compartilhadas, as representações são coletivamente construídas e com isso determinam comportamentos. Nesse aspecto,

A representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos [...] o dado externo jamais é acabado e único; ele deixa muita liberdade de jogo à atividade mental que se empenha de apreendê-lo. A linguagem aproveita-se disso para circunscrevê-lo, arrastá-lo no fluxo das associações, para impregná-lo de suas metáforas e projetá-lo no verdadeiro espaço, que é simbólico. (MOSCOVICI, 1978, p.26).

As relações sociais constituem o campo onde estas representações são construídas mediante o processo de comunicação entre as pessoas, visto que compartilham ideias, experiências e imagens, o que viabiliza o fortalecimento dos vínculos, tornando estas situações familiares. Articulada a esse processo de comunicação, a produção destas representações também é influenciada pelo comportamento humano, de acordo com a natureza dos estímulos que o cercam, provocando nos indivíduos as respostas a serem divididas com o grupo. (COELHO, SILVA; PADILHA, 2009; MERCES; ERDMANN, 2010).

Moscovici afirma que a formação de uma representação a partir da experiência ou conhecimento dá-se,

[...] Em primeiro lugar, vinculando-os a um sistema de valores, de noções, de práticas que confere aos indivíduos as formas de se orientarem no meio social e material, e de o denominarem. Em segundo lugar, proporcionando aos membros de uma comunidade como forma de trocas e de códigos para denominar e classificar claramente as partes de seu mundo. (MOSCOVICI, 1978, p.27).

Conforme Moscovici (1978), as representações sociais possuem três dimensões: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. **A informação** se relaciona com o sistema de conhecimentos que grupos específicos possuem sobre o fenômeno. Essa informação condiciona o tipo de representação sobre o objeto, por exemplo, a representação social de cuidado com a saúde e a doença para a pessoa renal crônica. Procura identificar as informações que as pessoas/grupos têm sobre o objeto.

O mesmo autor aponta que o **campo de representação** ou imagem “[...] remete-nos a ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso do objeto da representação” (MOSCOVICI, 1978, p.69). Ressalta ainda que as opiniões podem englobar um conjunto de representações, mas isto não quer dizer que este conjunto seja ordenado e estruturado. A noção de representação indica que existe um campo de representação onde houver uma unidade hierarquizada de elementos. (MOSCOVICI, 1978).

A **atitude** “logra destacar a orientação global do grupo em relação ao objeto da representação social, é a mais frequente das três dimensões e, possivelmente, a que se organiza primeiro” (MOSCOVICI, 1978, p.70-71). O autor afirma que a pessoa se informa e depois adota um posicionamento (positivo/negativo) em relação ao objeto social.

Assim, uma representação expressa a relação de um grupo socialmente valorizado com outro, na medida em que diferencia um grupo de outro, por sua orientação, pelo fato da presença ou ausência da representação, porém, o número de suas dimensões também favorece a relação (MOSCOVICI, 1978). Moscovici (1978) ainda refere que as representações sociais são elaboradas de acordo com dois processos fundamentais: a ancoragem e a objetivação. Define ancorar como classificar e denominar. A **ancoragem** transforma a ciência em um conhecimento útil para todos. (MOSCOVICI, 1978).

Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nomes são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando nós somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmo ou a outras pessoas. O primeiro passo para superar esta resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar este objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido. (MOSCOVICI, 2011, p.61).

Assim, a ancoragem é um processo fundamental na formação da representação social que implica a atividade de transformar algo não familiar em familiar, e ainda transformar um saber em outro saber. Essa noção sugere afirmar que as representações já estruturadas servem como referência para novas representações. (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011).

O contínuo e implacável contato com o novo desencadeia um processo de desacomodação e acomodação ininterrupta no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e as relações, dando abertura e sentido para novas conformações (AYRES, 2007). Esse pensamento caracteriza-se pela memória e pela presença de posições estabelecidas, aciona mecanismos gerais como classificação, categorização, denominação e procedimentos de explicações que obedecem a uma lógica específica. Diante disso, pode-se pensar que o sistema de representação fornece os meios às balizas pelas quais a ancoragem vai classificar e explicar de maneira familiar. (SÊGA, 2000).

A ancoragem caracteriza o processo de trazer as representações às categorias e imagens diárias, ligando-as a um ponto de referência reconhecível. Dessa forma, é conferida ao processo de ancoragem a possibilidade de classificar e nomear o conhecimento em categorias já construídas, para ser interpretado, analisado e justificado. Moscovici (1978, p.173) refere que, “mediante o processo de ancoragem, a sociedade converte o objeto num instrumento social, que ela pode dispor [...] colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes”.

A ancoragem mantém a memória em movimento, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com o tipo e os rotula com um nome. A objetivação tira conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para tornar as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2011). A objetivação seleciona informações e torna concreto aquilo que é abstrato. (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011).

Moscovici define objetivação como o:

[...] processo de pensamento baseado na memória, que tem como propósito unir ideia de não familiaridade com a realidade, satura o conceito desconhecido da realidade transformando-o em bloco de construção da mesma. Equivale pensar que tendo primeiramente percebido o desconhecido num contexto puramente intelectual e remoto, ele emerge frente a nossos olhos de forma tangível. Materializa ideias e significações estabelecendo uma correspondência entre as palavras. Consiste no fenômeno que transforma algo abstrato em algo quase concreto. (MOSCOVICI, 2011, p.71).

A objetivação, conforme Moscovici (2011, p.71), implica “descobrir a qualidade iônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem”. Assim, uma ideia mal definida toma forma, aproximando o conceito da imagem. Porque une a ideia de não familiaridade com a realidade em que o sujeito está inserido, o que significa a materialização de uma abstração.

Esta abordagem vem ao encontro da definição de modelo figurativo de Moscovici:

[...] trata-se de uma construção lógica. No real, a estrutura de cada representação nos parece desdobrada, ela tem duas faces tão pouco dissociáveis quanto retro e o verso de uma folha de papel: a face figurativa e face simbólica. Entendendo com isso que a representação transmite a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido, uma figura. (MOSCOVICI, 2012, p.60).

Com base na abordagem de Moscovici (2012), o potencial da estrutura da imagem consiste em reproduzir um conceito de modo visível, apesar de nem todas as palavras estarem ligadas às imagens que possam ser acessíveis.

A objetivação e a ancoragem constituem as formas específicas em que as representações estabelecem mediações, tornando quase material a produção simbólica de uma comunidade ou grupo e dando conta da concretude das representações sociais na vida social. As representações sociais, desse modo, emergem como processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas também forma a vida social de uma comunidade. (JOVCHELOVITCH, 2000).

### 3.1.4 A teoria do núcleo central das representações sociais

Uma representação social pode ser vista como uma preparação para a ação, pois permite guiar o comportamento, remodelar e reconstituir elementos do meio ambiente em que este comportamento tem lugar. Isto inclui dar um sentido a este comportamento, integrando-o “[...] numa rede de relações em que está vinculado seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e observações que tornam estas relações estáveis e eficazes” (MOSCOVICI, 1978, p.49). Equivale a realizar uma aproximação entre o comportamento conhecido e o desconhecido, mudar seu universo sem que este deixe de ser o seu universo, com isso se dá a necessidade de articular saberes. (MOSCOVICI, 1978).

Moscovici (1978) afirma que seus princípios de organização podem também ser submetidos a uma análise estrutural. Para ele o campo da representação leva a pensar que existe uma unidade hierarquizada de elementos representacionais. Segundo Moscovici (1978) ocorre uma reprodução, que remodela os elementos, remaneja as estruturas, reconstituindo um dado objeto no contexto de valores, das noções e das regras do indivíduo.

A principal contribuição teórica a respeito da organização hierárquica foi dada por Abric com a proposição da Teoria do Núcleo Central, construída a partir do modelo figurativo de Moscovici. Essa teoria surgiu em 1976, através da tese de doutorado de Jean Claude Abric, defendida na “Université de Provence”, dentro de um quadro experimental e com uma abordagem mais estrutural do que processual. Essa proposta trouxe contribuições importantes a respeito da organização interna das representações.

Segundo Abric (2001), a ideia principal da Teoria do Núcleo Central é:

Toda a representação se organiza em torno do núcleo central [...] que determina ao mesmo tempo sua significação e organização [...] o núcleo central é um subconjunto da representação, composto de um ou mais elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria um significado radicalmente diferente à representação em seu conjunto. (ABRIC, 2001, p.163).

A abordagem estrutural desenvolvida por Abric está relacionada ao processo de objetivação das representações sociais e ocupa-se mais especificamente do conteúdo cognitivo das representações, concebendo-as como um conjunto organizado estruturado (SÁ, 1998). Essa teoria se articula à hipótese de que toda representação se organiza em torno de um núcleo central, formado por elementos em quantidade limitada (ABRIC, 2003). Para o autor, “[...] uma representação constitui um sistema sócio cognitivo particular, composto de dois subsistemas: o sistema central e o sistema periférico”. (ABRIC, 2003, p.54).



Segundo Abric (1998, p.33),

[...] um sistema central cuja determinação ligada às condições históricas, sociais e ideológicas, diretamente associada aos valores e normas definindo os principais fundamentos em torno dos quais se constitui as representações. É a base comum propriamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo, através dos comportamentos individualizados que podem parecer contraditórios.

Para este autor, o núcleo central é essencialmente social, ligado às condições históricas, sociológicas, ideológicas, sendo este sistema geralmente associado a valores e normas, definindo os princípios fundamentais nos quais se definem as representações. E, ainda, possui um papel relevante na estabilidade e coerência da representação, assegurando sua perenidade (ABRIC, 1998). Assim, partilhar valores associados à doença renal seria compartilhar representações sociais.

Igualmente, enquanto estrutura organizada, a representação social possui funções que são essenciais: a **função geradora**; a **função organizadora** e a **função estabilizadora** (FLAMENT, 2001; ABRIC, 2003). Abric (2003, p.38) apresenta as seguintes definições: “função geradora consiste no significado da representação; função organizadora trata da organização interna e função estabilizadora confere a estabilidade”.

Ao redor do núcleo central de uma representação, organizam-se os elementos periféricos. O sistema periférico “é bem menos limitante, mais leve e flexível, [...] se o núcleo central de algum modo constitui a cabeça ou o cérebro da representação, o sistema periférico constitui o corpo ou a carne” (ABRIC, 2003, p.38). Para este autor, o sistema central de uma representação é essencialmente normativo e seu sistema periférico é funcional e constitui o essencial do conteúdo das representações, “[...] seus componentes são mais acessíveis, mais vivos e mais concretos”. (ABRIC, 2003, p.38).

Flament define os esquemas periféricos de uma representação da seguinte forma:

Os esquemas periféricos asseguram o funcionamento quase instantâneo da representação como grade de decodificação de uma situação: indicam, às vezes, de modo muito específico, o que é normal (e, por contraste, o que não é); e, portanto, o que é preciso fazer, compreender ou memorizar. Esses esquemas normais permitem a representação funcionar economicamente, sem que seja necessário, a cada instante, analisar a situação em relação ao princípio organizador, que é o núcleo central. (FLAMENT, 2001, p.177).

Os elementos periféricos encontram-se em torno do núcleo central, apresentam as funções de concretização, regulação e defesa ou proteção do núcleo

central (FLAMENT, 2001; SÁ, 2000; ABRIC, 2003). A **função de concretização** posiciona-se na interface entre o núcleo central e a situação concreta, surge como resultado da ancoragem das representações e confere uma formulação compreensível e transmissível. (SÁ, 2000; ABRIC, 2003).

A **função reguladora**, menos rígida que os elementos centrais por constituir um aspecto móvel e evolutivo da representação, tem um papel essencial de adaptação da representação às evoluções do contexto; informações novas ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação. (SÁ, 2000; ABRIC, 2003).

A **função de defesa ou proteção** do núcleo central tem como finalidade promover as transformações dos elementos periféricos da representação, assim a alteração só ocorre à medida que acontecem mudanças nos elementos do sistema periférico e aparecem contradições, prescrição de comportamentos e personalização. (SÁ, 2000; ABRIC, 2003).

E, finalmente, em relação aos aspectos normativos e funcionais das representações segundo Abric (1998), o núcleo central é determinado pela natureza do objeto representado e pela relação que o sujeito mantém com esse objeto. Para este autor, “os elementos natureza normativa caracteriza todas as situações onde intervêm diretamente dimensões sócio afetivas ou ideológicas” (ABRIC, 1998, p.33). Já “os elementos funcionais associam-se às características e à inscrição do objeto nas práticas sociais, determinam condutas, são pragmáticos por atribuírem práticas específicas”. (ABRIC, 1998, p.33).

Menin (2007) ressalta três possíveis funções normativas do núcleo central: as localizadas em elementos referentes à avaliação e julgamentos dos objetos de representação, as relativas a guardar o consenso na representação de uma população e as relativas à justificação de condutas em relação à representação.

Para Menin (2007), a relação existente entre o sujeito e o objeto da representação possui papel determinante na predominância das dimensões do núcleo central: a funcional ligada às ações a se realizarem sobre o objeto; ou a normativa definida como expressão dos julgamentos, estereótipos, opiniões sobre os objetos.

Ainda, segundo Campos e Rouquette (2003, p.436), “abordagem estrutural não concebe as representações como um conjunto de eventos ou processos cognitivos, tampouco se dedica a estabelecer primazia do aspecto cognitivo sobre o afetivo ou vice-versa”. Esses autores ressaltam que a representação social tal qual definida por Abric, estabelece-se como uma organização, uma estrutura que é atravessada por diferentes dimensões. (CAMPOS; ROUQUETTE, 2003). Desse modo, o objeto cuidado com a saúde e a doença da pessoa com DRC, a partir desta definição, conforme as diferentes situações, é ativado de modo mais normativo ou funcional.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trabalhar sob o olhar da Teoria da Representação Social (TRS) significa entender que essas “entidades quase tangíveis circulam, se cruzam e se cristalizam através da fala, do gesto, do encontro no cotidiano” (MOSCOVICI, 2012, p.39). Estes elementos atuam em conjunto sobre a realidade psicossocial, através de um espaço interativo e dinâmico, com níveis de informação circulante variados, capazes de modificar, adaptar ou ajustar a compreensão sobre o fenômeno do cuidado à saúde no adoecimento renal crônico.

Em vista desta complexidade que exige a articulação de um universo de dados extensos e multidimensionais utilizaram-se estratégias distintas para coleta e análise e método de triangulação de dados, que permitiram facilitar esse entendimento geral, mantendo a unidade de significado e demarcando o caminho lógico das representações sociais (RS).

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa está inserida em uma abordagem qualitativa, de caráter analítico, pautada na Teoria de Representações Sociais, nas suas abordagens processual e estrutural. A pesquisa qualitativa preocupa-se com a compreensão dos seres humanos e as relações entre si e o contexto, baseia-se na “premissa que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”. (POLIT; HUNGLER; 2011, p.270).

A sustentação do caráter analítico da pesquisa foi intercambiada pelas abordagens processual e estrutural ou Teoria do Núcleo Central (TNC) com o apoio de ferramentas analíticas textuais computadorizadas. O enfoque processual, defendido por Jodelet (2001), busca apreender tanto o processo de constituição das representações, quanto seu produto, os conteúdos que podem ser cognitivos, informativos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões e imagens, e pode colocar em evidência o modo como os dois grupos estudados elaboram a realidade e os integram a um sistema de valores.

Com essa dinâmica o interesse de análise foram às produções simbólicas produzidas no cotidiano dos grupos de pessoas que desenvolvem a doença renal. Envolve a comunicação e o discurso ao longo do qual são expressos os significados acerca do cuidado à saúde e à doença das pessoas com DRC.

## 4.2 CAMPOS DA PESQUISA

O contexto da população atendida encontra-se bem diversificado social, econômica e culturalmente, uma vez que a clientela atendida nos serviços estudados era de conveniados oriundos de planos privados e do SUS, o que possibilita a compreensão de uma parcela da sociedade que apresenta doença renal crônica. Os serviços estudados não fazem distinção para o atendimento alocando em seus espaços de tratamento pessoas pertencentes a diferentes classes sociais, credos, valores.

Ambas as modalidades de tratamento, hemodiálise e diálise peritoneal, são realizadas em nível ambulatorial em todos os centros da pesquisa. As pessoas com doença renal, ligadas aos centros de hemodiálise realizam um total de três sessões de tratamento semanal, com duração de quatro horas, devendo deslocar-se rotineiramente ao centro de diálise.

O tratamento de diálise peritoneal é realizado no domicílio, sendo necessário o deslocamento para realizar consultas com a equipe multiprofissional (médico e enfermeira) e receber atendimento de outras especialidades (nutrição, assistente social e psicólogo), conforme demanda, em média uma vez ao mês. Estes atendimentos acontecem nos espaços ambulatoriais dos respectivos centros de nefrologia.

A pesquisa foi desenvolvida nos centros de referência de saúde, que oferecem assistência na área de nefrologia. Atualmente existem 13 centros para esta especialidade em Curitiba e Região (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015). A partir deste contexto se elegeu quatro centros de nefrologia, localizados na cidade de Curitiba, capital do Paraná, e em São José dos Pinhais, região metropolitana, denominados A, B, C e D. A escolha pelos centros A, B e C se deu devido ao alinhamento de gestão entre os três Serviços. E o centro D devido à necessidade de ampliar o quantitativo de participantes em diálise peritoneal e ser o mais numeroso nessa modalidade na região.

A opção de coletar as informações nestes centros de atendimento deu-se por alguns fatores:

- os centros de diálise possuem um quantitativo significativo, de pessoas com DRC, e oferecerem ambas as modalidades tratamento.
- a facilidade de acesso que os participantes da pesquisa e a pesquisadora possuem, por se tratar de seus contextos de tratamento semanais e dos locais de sua atuação profissional no passado.
- serem centros de referência na especialidade de nefrologia, em Curitiba e região. E ainda, os centros A, B e C possuem alinhamento de gestão entre Serviços.

O centro de nefrologia A é um prestador de serviço em terapia renal substitutiva, que abrange a especialidade de nefrologia e nutrição clínica, em nível ambulatorial tanto pelo sistema SUS como outros planos de saúde. Fundada em 1982, possuem um corpo de profissionais especializado para seu atendimento e é referencia no Estado na prevenção e assistência DRC. Oferecem serviços destinados ao tratamento dialítico crônico, diálise peritoneal e hemodiálise, conta com serviço de consulta médica ambulatorial.

Os centros de nefrologia B e C são serviços menores, funcionam como unidades independentes do ponto de vista assistencial, mas ligadas no aspecto gerencial. Possuem uma capacidade reduzida para o atendimento de hemodiálise e ainda mais reduzida para a modalidade de diálise peritoneal. Mantêm as mesmas características para o atendimento na sua estrutura física e funcional.

O Centro de Nefrologia D, estabelecido em 1980, tornou-se referência na área de nefrologia e formação de profissionais da medicina no Brasil e América Latina. Oferece diferentes áreas de atuação ligadas à nefrologia clínica, intervencionista, nefrologia intensiva, transplante renal e as modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal, além de atuação ambulatorial no tratamento conservador e especialidades.

#### 4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 165 pessoas com diagnóstico de doença renal crônica (DRC), assim distribuídas em: cem no tratamento de hemodiálise e 65 na diálise peritoneal, que responderam as evocações de palavras. Dentre estas, 30 pessoas da modalidade de hemodiálise e 22 da diálise peritoneal participaram da entrevista estruturada. Ambas as distribuições estão representadas na figura 1.

Os participantes foram alocados em quatro grupos amostrais e sua inclusão se deu por conveniência, de acordo com a presença no local do tratamento nos dias delimitados para a coleta de dados. A escolha destes participantes aconteceu conforme a modalidade de tratamento e mediante indicação dos profissionais da instituição em consonância com os critérios de inclusão elegidos para a pesquisa.

O recrutamento para participar do estudo esteve sujeito à agenda e ou escala de distribuição de atendimentos/dia. No caso da diálise peritoneal, foram somente dois turnos/semana distribuídos, igualmente, em dois dias de atendimento.

Os critérios de inclusão desta pesquisa envolveram: ter diagnóstico de doença renal terminal e estar em tratamento de hemodiálise e/ou diálise peritoneal

(automática ou manual); ter idade entre 24 e 59 anos; não ter restrição para comunicação oral; ser assistido em nível ambulatorial pela Instituição de Saúde Especializada há pelo menos seis meses do início da terapêutica; estar vinculado a uma das Instituições Especializadas de Nefrologia estudadas. Eventualmente estas Instituições recebem renais crônicos em trânsito de outras Instituições de Nefrologia.

Os critérios de exclusão foram: estar hospitalizado, em tratamento fora do serviço de origem, receber alta do tratamento, ter sido transferido do serviço, e com presença de doença infecciosa e/ou ter apresentado complicações da doença de base e/ou terapêutica, durante o período da investigação.

Com relação ao critério idade, optou-se pela faixa etária de 24 a 59 anos, o que se justifica pelo fato de que a idade adulta abarca um conceito amplo que inclui inúmeras faixas do desenvolvimento biopsicossocial e entende-se que as pessoas nesta condição dedicam-se em grande parte à atividade profissional, possuem responsabilidades e independência. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

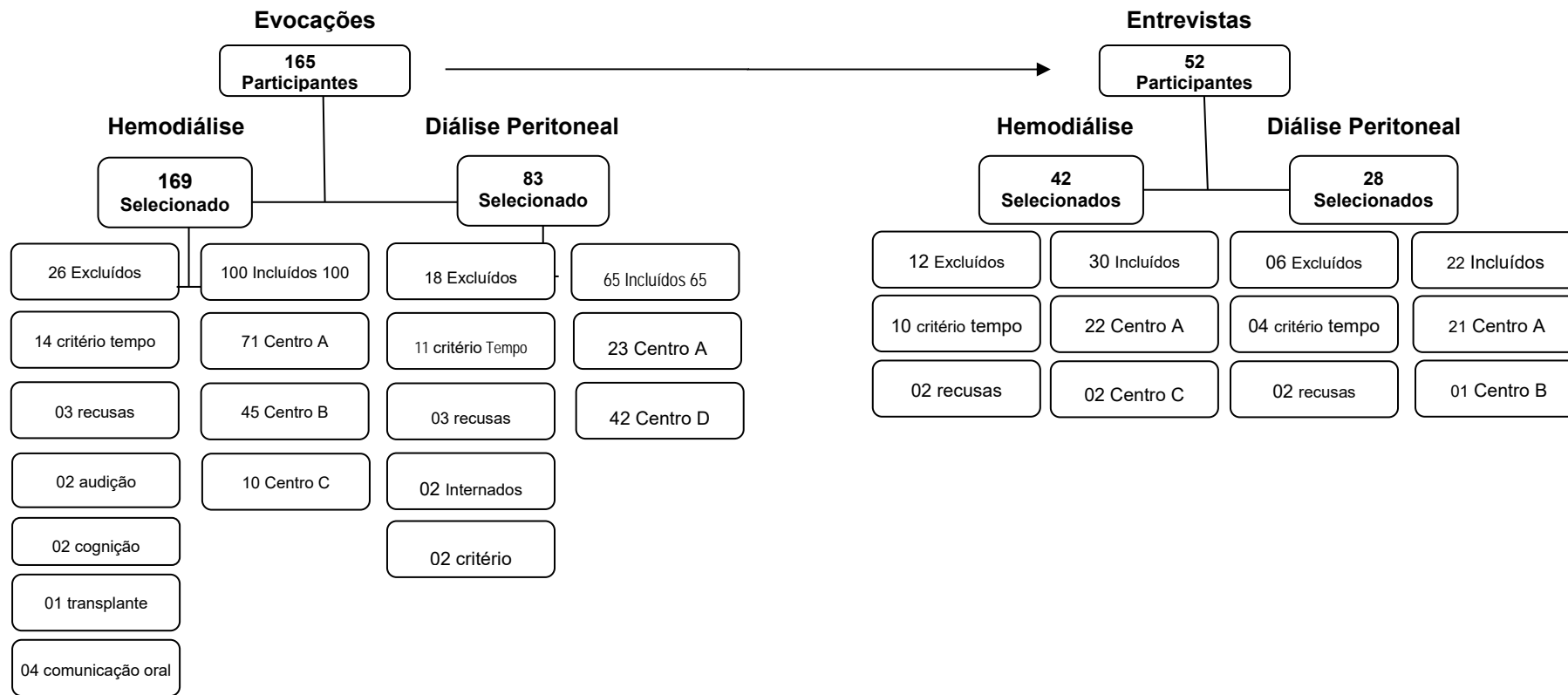
Outro critério eleito foi o tempo de entrada na terapêutica dialítica (maior que seis meses), o que se justifica, pois, na experiência de convivência, são elaborados os significados. No início do tratamento dialítico, normalmente, a coexistência da condição crônica e a terapêutica é fonte de estresse e pode ocasionar problemas como isolamento social, perda de emprego, limitações e necessidade de adaptações (PEREIRA; GUEDES, 2009). O que pode incorrer em percepção negativa de controle pessoal ou do tratamento para estabilizar a clínica que envolve esta doença.

Visando a coerência com o referencial adotado, para a caracterização estrutural da representação social o quantitativo de participantes se justifica conforme as recomendações de Gomes, Oliveira e Sá (2008), que quanto mais numeroso o grupo, mais estáveis são os resultados e menos suscetíveis de influência pela presença de casos extremos, quando se aplica a técnica de evocação livre de palavras.

Diante da necessidade de realizar a caracterização processual das representações sociais o quantitativo elegido para o número de participantes está em consonância com os critérios de saturação, considerando os estudos que indicam entre 25 e 30 entrevistas. (GHIGLIONE; MATALON, 1997).

Abaixo apresenta-se na figura 1 a distribuição da amostra:

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES NOS GRUPOS AMOSTRAIS DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL, SEGUNDO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS. CURITIBA, 2015



FONTE: A autora (2015).

## 4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

### 4.4.1 Os contatos iniciais

Os contatos iniciais transcorreram após apresentação do projeto à banca de qualificação em dezembro de 2013. Apresentamos o projeto às instituições A e B de nefrologia (Direção Geral), que autorizaram a utilização do campo para a pesquisa.

### 4.4.2 A coleta de dados

A coleta de dados aconteceu durante o período de junho de 2014 a maio de 2015. A inserção no campo de pesquisa se deu após a aprovação do Projeto de Pesquisa (Anexo A) e, depois da liberação, expusemos o projeto aos profissionais do centro de nefrologia (enfermeiros assistenciais, médicos, apoio administrativo).

Em consonância com as recomendações de Sá (1996), a abordagem das representações sociais requer instrumentos plurimetodológicos de coleta e geração de dados, denominados métodos associativos e interrogativos. Por este motivo, esta pesquisa foi guiada pelo método associativo ou evocação livre de palavras, e pelo método interrogativo conduzido pela entrevista estruturada dirigida às pessoas com doença renal crônica em diálise peritoneal e hemodiálise.

A fim de obter uma compreensão ampla do objeto, optamos pelo emprego da técnica de evocação livre de palavras antes da aplicação das entrevistas. Essa estratégia permite maior aproximação entre pesquisador e participante e confere maior abertura para as manifestações das percepções e informações durante a entrevista (SÁ, 1998). O uso dessas duas técnicas contribuiu para enriquecer a compreensão do fenômeno, pois cada método aborda o objeto de estudo de maneira particular.

A evocação livre de palavras consiste em uma técnica adequada para coleta dos elementos constitutivos das representações sociais, entretanto, sua utilização de forma isolada pode ser de difícil interpretação (OLIVEIRA et al., 2005). Destarte, a técnica de entrevista poderá unir-se às evocações, de forma complementar e mútua, para obtenção de uma interpretação mais coerente com as expressões dos participantes.



A importância da técnica de associação livre de palavras é a de recolher as informações constitutivas dos conteúdos das representações, com o propósito de estudar a estruturação desses conteúdos da representação social. Esta técnica coloca em evidencia os universos semânticos do objeto estudado e por tratar-se de análise de material linguístico como indicador de RS deve-se a objetividade do conhecimento. (NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2000).

Para a operacionalização dessa técnica deve-se solicitar aos participantes, que a partir de um termo indutor, apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente à lembrança (SÁ, 1996). Nesta pesquisa foram utilizados dois termos indutores: “Cuidado com minha doença renal” e “Cuidado com minha saúde”. Conforme as recomendações de Oliveira, Gomes e Marques (2005), os termos associados foram obtidos por audição e registrado por escrito pelo pesquisador no instrumento de coleta de dados, seguindo a ordem de evocação natural, depois da identificação dos participantes.

Outro ponto que foi considerado foi à adoção do critério de definição do número de expressões ou palavras. O critério de cinco palavras ou expressões produzidas por cada participante seguiu as recomendações de Oliveira *et al.* (2005) que sugere a necessidade de definição prévia do número dessas expressões pelo pesquisador e limitação a no máximo seis palavras ou expressões, pois a partir sete há um declínio na rapidez da resposta descaracterizando a técnica. Assim, o instrumento adotado contém a numeração de um a cinco, em que foram anotadas as palavras evocadas, seguindo sua ordem de enunciação.

As evocações foram obtidas com auxílio de um instrumento estruturado e impresso, contendo espaço para palavras e expressões, organizadas em função da hierarquia expressa pelo sujeito. Este formulário foi aplicado e preenchido, individualmente, pelo pesquisador (Apêndice A). Inicialmente, foi explicado a cada participante como a técnica seria desenvolvida e realizado um treinamento prévio, utilizando um termo indutor não relacionado ao objeto da pesquisa. Esse momento foi importante para a compreensão da técnica, somente após este entendimento procedemos à coleta.

O contato com estas pessoas se deu, pessoalmente, nas dependências dos serviços de nefrologia. Através de uma conversa informal com estes participantes, foram convidados a participar da pesquisa. Após a explanação de uma sinopse com os objetivos e metodologia proposta do projeto, foram agendadas as datas para a

sessão das evocações e entrevistas. Vale ressaltar que estas sessões ocorreram, individualmente, em local reservado, no serviço de nefrologia, nos respectivos turnos de tratamento e ou ambulatório de consultas. Os dados coletados nas evocações foram registrados por escrito no instrumento, após a identificação dos participantes.

Outro instrumento de coleta de dados empregado foi à técnica de entrevista estruturada dirigida às pessoas com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal. A técnica de entrevista estruturada justifica-se pela necessidade de elaborar perguntas que assegurem consistência teórica (JODELET, 2005). Essa se fundamenta em um método interrogativo, guiado e aprofundado, segundo Abric (1998), e indispensável ao estudo das representações sociais.

Para realização da entrevista estruturada, foi elaborado um roteiro com questões-guia (Apêndice B), que facilitaram a manifestação das representações sociais do cuidado. Este instrumento contém questões fechadas e abertas distribuídas em duas partes que abarcam os dados sócios demográficos como: idade, sexo, ocupação/profissão, situação no trabalho, tipo de tratamento, tempo de tratamento, estado conjugal, escolaridade e histórico familiar; e por um roteiro temático elaborado a partir de três dimensões supostamente presentes na representação social: a informação, a atitude e o campo de representação ou a imagem (MOSCOVICI, 1978). Assim, as perguntas seguem uma ordem de complexidade, começando pela experiência cotidiana dos sujeitos e seguindo para as reflexões mais profundas e julgamentos.

A aplicação destas entrevistas seguiu a orientação de Nascimento-Schulz e Camargo (2000) quanto apresentação do pesquisador, ao convite para participação na pesquisa e as instruções para respondê-la, haja vista a importância desses cuidados como elementos fundamentais para compreensão do material textual obtido.

Foi utilizado gravador digital para gravação das falas, com consentimento devidamente documentado dos participantes, as quais foram transcritas pela pesquisadora. Conseguiu-se, assim, um material espontâneo, provocado por questões que também permitiram a expressão livre dos participantes. Antes de passar para próxima questão, sempre se perguntava se desejavam fazer alguma colocação, permitindo espaço para verbalização livre. As entrevistas oscilaram no tempo entre 20 minutos e 40 minutos.

No encerramento de cada entrevista, foi perguntado novamente se os participantes desejavam acrescentar alguma coisa, dando oportunidade de explorar

outras ideias que tivessem sido suscitadas por ocasião da entrevista. Foi realizado um teste piloto que resultou na adaptação da terminologia utilizada, por se tratar de uma técnica que, de um lado, permite obter informações, tanto a partir das próprias questões quanto das inferências do entrevistador. E, por outro lado, garante a expressão livre de ideias da pessoa.

Assim, uma das adaptações realizadas foi à uniformização da terminologia utilizadas na entrevista como o enfoque no significado, na imagem, na informação e nos sentimentos em relação ao objeto. Por este motivo, realizamos a aplicação deste roteiro com duas pessoas que desenvolveram a doença renal crônica em tratamento dialítico, a fim de verificar a viabilidade das questões na entrevista.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados na perspectiva da abordagem estrutural e processual em representação social foi desenvolvida em etapas conjugando a análise lexicográfica e lexical. Compreende a análise de associação livre de palavras com a utilização do *Software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC) Versão 2005 e análise lexical de acordo com os elementos textuais produzidos nas entrevistas com o auxílio do software ALCESTE Versão 2015. (ALCESTE, 2015).

##### 4.5.1 Análise estrutural das representações sociais

O tratamento dos dados oriundos das evocações livres foi obtido com o auxílio do *software* EVOC 2005 e a técnica de construção do quadro de quatro casas, considerando a frequência e ordem das evocações produzidas conforme definido por Vergès apud Sá (2000). O *software* EVOC realiza cálculos estatísticos e a construção de matrizes de co-ocorrências, que servem de base para dois tipos de análise: a construção do quadro de quatro casas e a análise de similitude. (FLAMENT apud OLIVEIRA et al., 2005).

O EVOC é um recurso de informática que oferece um grande auxílio no tratamento dos dados, principalmente na variação das discrepâncias derivadas da polissemia do material coletado, bem como na realização dos cálculos e médias, para construção do cálculo das quatro casas e permite efetuar a análise lexicográfica simples e categorial das palavras evocadas. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Este programa permite efetuar a organização das palavras produzidas em função da hierarquia expressa pela frequência e pela ordem natural ou intencionalmente hierarquizada das evocações. A frequência indica o grau de compartilhamento da palavra entre os entrevistados ou sua saliência, e a ordem média indica a importância para o sujeito e para o grupo em função da ordem com qual a palavra é evocada (variando de 1 a 5). O pesquisador define então o ponto de corte para frequência mínima a ser considerada, a partir da qual comporão as quatro casas. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Segundo Wachelke e Wolter (2011), este procedimento define que, conforme os valores de suas coordenadas, as palavras ou expressões são classificadas em alto ou baixo, segundo o valor de referência, diferente para cada uma das coordenadas. Estes autores afirmam que as palavras de frequência elevada são aquelas que possuem frequência igual ou superior ao valor de corte de referência para esta amostra, enquanto aquelas com valor inferior são situadas na zona de baixa frequência.

Embora a classificação da ordem de evocação seja idêntica, ressalta-se que as palavras de baixa ordem de evocação, lembradas primeiro, é que trazem maior interesse, porque estão associadas a maior representatividade dessa palavra num grupo de perfil semelhante. (WACHELKE; WOLTER, 2011).

Essa técnica de análise consiste na construção de um quadro de quatro casas, dividido em eixo horizontal e vertical, contendo as palavras evocadas, considerando os critérios de maior frequência e menor ordem média de evocação (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005). Conforme os autores o eixo horizontal apresentará a ordem média de evocações do grupo, com valores crescentes para a parte superior. Oliveira (2013, p.4) destaca a distribuição dos quatro quadrantes em:

- a) o quadrante superior esquerdo, denominado núcleo central, comporta as palavras que apresentarem maior frequência e forem mais prontamente evocadas, constituindo a parte mais estável de uma representação, conferindo-lhe sentido.
- b) o quadrante inferior esquerdo, denominado zona de contraste, abarca as palavras que apresentam menor frequência e foram também prontamente evocadas, podendo demonstrar variação de centralidade da representação para grupos específicos.
- c) os dois quadrantes à direita (superior e inferior) comportam palavras que apresentaram menor prontidão de evocação e maior ou menor frequência, sendo denominadas de primeira e segunda periferia.

Esse processo resulta da análise lexicográfica e abarca uma convenção de apresentação dos dados, compreendendo uma análise estatística simples e um

padrão de organização de informações relativas às evocações de formas verbais de modo sinóptico.

A respeito da equivalência dada às respostas, o agrupamento de respostas deverá privilegiar a adoção de critérios semânticos, classificando conforme os significados comuns, sob a mesma designação para que o *software* as processe como sinônimos. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Para realização do conjunto da análise, conforme apontado por Oliveira et al. (2005), tornou-se necessário a efetivação de alguns procedimentos específicos em relação ao cumprimento aos requisitos do referido *software*. Primeiramente, procedeu-se a digitação, em tabela no programa *Microsoft Word*, do *Software Microsoft Office*, todas as evocações em sua forma original, com base na ordem natural das evocações; de forma sequencial, realizou-se a correção ortográfica das palavras e dos termos evocados e diminuição de frases e expressões evocadas.

Essas correções foram necessárias a fim de deixar apenas o núcleo da frase ou núcleo de sentido; após, foi realizada a padronização das palavras e dos termos evocados para que houvesse uma homogeneização do conteúdo. Por fim, foi elaborado um dicionário de padronização das evocações (Apêndice C), com o intuito de preservar o conteúdo semântico expresso pelos participantes.

Após o preparo das evocações foi construído o *corpus* em formato WORD (Apêndice D), com a inclusão das variáveis que foram categorizadas e codificadas. Assim, a primeira coluna correspondente a variável identificação do participante, foi composta de três algarismos (001, 002, 003, ...); da segunda a sexta coluna foram inseridas as variáveis que receberam os códigos n.ºs 1; 2; 3;... e em seguida os termos evocados foram digitados precedidos pelos números de 1 a 5, correspondendo a ordem natural da evocação.

Em seguida, os arquivos foram transformados em formato “Somente Texto” para serem processados pelo EVOC. O *software* EVOC é formado por um conjunto de programas articulados que juntos realizam a análise estatística das evocações com cálculos das médias, e a partir de seus resultados os termos evocados podem ser distribuídos em quatro casas. (OLIVEIRA et al., 2005).

Os programas utilizados nesta análise foram *lexique*, *trievoc*, *rangmot*, *rangfrq*. Dentre estes se destacam o *Rangmot*, que fornece um relatório com todas as palavras evocadas e os cálculos estatísticos gerados na análise (Apêndices E, F, G, H, I, J) e o *Selevoc*, que corresponde a separação do *corpus* de cada subgrupo analisado (Apêndice K).

Considera-se ainda, que com o auxílio do programa *Rangfrq* baseado em cada *corpus*, permitiu a construção do Quadro de Quatro Casas do grupo geral e dos subgrupos (OLIVEIRA et al., 2005). Essa construção obedeceu aos critérios de importância para distribuição dos termos nos quadrantes: a frequência total e média ponderada de ordem de evocação de palavras (gerada pelo *Rangmot*). E finalmente, com base na frequência mínima definida pela pesquisadora, foram excluídos do quadrante as palavras cujas frequências encontraram-se abaixo da mesma. Após a distribuição dos termos produzidos procedeu-se a interpretação do quadro. (OLIVEIRA et al., 2005).

Destaca-se, que a base teórica utilizada para análise dos resultados obtidos a partir das evocações foi a Teoria do Núcleo Central, atrelada a abordagem estrutural no campo das representações sociais (ABRIC, 1998; SÁ, 2000). A apresentação dos resultados da análise estrutural das representações de cuidado com a saúde e a doença, deu-se pela análise geral do conjunto de pessoas com DRC em tratamento e, comparação de ambos os termos indutores, seguida da análise por grupo de tratamento dialítico, considerando os termos indutores isoladamente e comparação proposta.

Em função do estímulo usado na produção de dados, as pessoas com DRC ligaram diversas palavras à saúde e à doença consubstanciando, de forma espontânea, um mundo semântico para o objeto. Para a compressão do mundo semântico, foi necessário agrupar as palavras usadas pelos participantes e, assim entender o sentido empregado por estes.

Desse modo, optou-se primeiramente por identificar o sentido das palavras em relação ao objeto. Semelhante a estudo sobre representações sociais desenvolvido por Oliveira et al. (2005), utilizou-se a polarização dos termos evocados em aspectos negativos e positivos para o cuidado. Essa classificação se refere a dimensão das atitudes em RS, ou seja o posicionamento assumido diante do objeto, favorável ou desfavorável. E, definiu-se como aspectos positivos para o cuidado como aqueles que se opõem a doença, a exemplo o acompanhamento médico, a prática de atividade física entre outros. Assim como, os elementos negativos consistem em ações restritivas necessárias para ao cuidado com a doença como diálise, a medicação entre outros.

Posteriormente, a fim de buscar aperfeiçoamento semântico esse agrupamento de sentido gerou as dimensões: avaliativa, hábitos de vida, biomédica, afetiva, social e de bem-estar.

#### 4.5.2 Análise lexical

A análise do material discursivo produzido pelas entrevistas foi efetuada por meio de um tipo particular de análise de conteúdo, análise lexical. Essa análise é desenvolvida através da técnica de análise hierárquica descendente, efetuada pelo software *Analyse lexicale par contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), programa desenvolvido na França por Max Reinert em 1979. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

A análise de dados textuais ou estatística textual consiste em uma metodologia que visa descobrir a informação básica contida num texto através do tratamento estatístico dos seus elementos. O programa neste caso é uma ferramenta que permite a análise dos dados textuais, baseado nas leis de distribuição do vocabulário, as quais permitem realizar análise de conteúdo essencial presente no texto por meio de técnicas quantitativas de estatística textual. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Este programa, conforme Reinert (1993 apud OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005), utiliza mecanismos independentes da análise de conteúdo para obter a primeira classificação estatística dos “enunciados simples” do corpus estudado. E recorre à análise de coocorrência das palavras nos enunciados que constituem o texto, para organizar e sumarizar informações consideradas importantes, possuindo como referência da sua base metodológica a abordagem conceitual dos “mundos lexicais”.

De acordo com Nascimento e Menandro (2006), a base de funcionamento deste programa está apoiada na ideia de relação entre contexto linguístico e representações coletivas ou entre unidades de contexto e contexto típico. Unidade de contexto é entendida como uma espécie de representação elementar, um sentido, um enunciado mínimo em um discurso.

A análise Alceste é efetuada sobre o próprio campo semântico, de maneira descritiva e comparativa, através do pareamento de campos semânticos produzidos por cada participante. Conforme Oliveira, Teixeira, Fischer e Amaral (2003), a análise dos itens léxicos é realizada utilizando categorias, tais como o tipo de vocabulário, dispersão, ocorrência e coocorrências, complementada pela análise das classes temáticas. Quatro etapas principais realizadas pelo software Alceste podem ser destacadas, a saber:

- 1) etapa da leitura do texto e cálculo dos dicionários, no qual o programa prepara o *corpus*, faz o reconhecimento das unidades de contexto inicial (UCI) e faz a separação de segmentação do material discursivo em pequenas sequências de texto, denominadas de UEC (unidades de contexto elementos), classificação e delimitação de classes semânticas com descrição posterior.

- 2) análise de associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas. As UEC são classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando formas reduzidas de UEC, variando o tamanho das UEC, aplica-se o método de classificação hierárquica descendente e obtém-se uma classificação definitiva.
- 3) descrição das classes de UEC escolhidas. O programa executa cálculos complementares para cada uma das classes obtidas pelos cálculos da etapa precedente. Esta etapa fornece resultados que nos permitem a descrição das classes obtidas, principalmente pelos seus vocabulários característicos (léxicos) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis).
- 4) cálculos complementares. Com base nas classes de UEC escolhidas, o programa calcula e nos fornece as UEC mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe. (OLIVEIRA et al., 2003, p.319).

Esse procedimento deriva da identificação de polaridades no uso das palavras, que podem ser aceitas pelo pesquisador como dados brutos, nos quais se apoiará a interpretação. Oliveira, Gomes e Marques (2005) ponderam que, com base no nível semântico do texto, são consideradas as bases lexicais das chamadas "palavras plenas", que são as palavras possuidoras de sentido. Segundo os autores, simultaneamente ocorre uma redução do vocabulário através da eliminação dos marcadores de sintaxe, categorias gramaticais de gênero, número, modo, tempo e pessoa, de forma a guardar somente as raízes significantes.

O *corpus* representa o produto final de todo o material que se deseja analisar através do software do Alceste e uma boa análise do Alceste requer igualmente um preparo criterioso do seu *corpus*. Alguns aspectos técnicos são requisitados, como apresentar coerência temática e dinâmica em expressar o objeto de interesse do pesquisador e não se tratar de uma reunião de textos variados. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

A obtenção da análise lexical através do Alceste envolve uma série de passos, que inclui primordialmente a preparação do *corpus*; converter o discurso verbal em um texto passível de ser analisado, o que exige eliminar os vícios de linguagem, identificar a fala do entrevistador através do uso de caixa alta e reduzi-la ao máximo no corpo do texto. Ainda, faz-se necessária a construção de um dicionário de termos padronizados para que, dessa forma, termos similares sejam reduzidos a uma forma comum, dentre outras regras de preparação (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005). Estes autores recomendam que um bom resultado na análise do Alceste está associado a um *corpus* volumoso, que permita que o elemento estatístico seja considerado.



Para uma melhor compressão do processo de análise utilizado para análise de dados nesta pesquisa, este subcapítulo é apresentado em dois subtópicos, quais sejam: a construção do *corpus* Alceste e a análise do Alceste.

#### 4.5.2.1 A construção do *corpus* Alceste

O *corpus* “cuidados” representa o produto final de todo o material submetido para análise por meio do *software* Alceste. Assim, uma boa análise utilizando este programa tem início com o preparo do *corpus*, respeitando a coerência temática e dinâmica e deve expressar o objeto de interesse do pesquisador.

Com a finalidade de preparar o *corpus*, as falas dos participantes em forma textual foram transcritas e formatadas no *software Microsoft Word*, com fonte *Courier* 10 e espaçamento simples, armazenadas em meio digital (CD) e em *pen drive* para garantir a segurança das informações. Procedeu-se à sua revisão e às necessárias correções ortográficas e/ou de digitação.

Na sequência, foram padronizados alguns termos considerados relevantes para análise e que deveriam ter grafia única, de maneira que o *software* pudesse lê-los como palavras iguais, com o qual foi construído um dicionário no decorrer das diversas leituras das entrevistas.

A formatação das entrevistas seguiu algumas regras definidas para o uso do *software* como: a substituição do traço/hífen (“-”) por traço subscrito (“\_”), a utilização de palavras escritas em letras maiúsculas somente para fala do entrevistador e removidos excessos de espaçamentos ou de parágrafos.

Finalizada esta etapa, todas as entrevistas foram reunidas em um único arquivo de editor de texto, salvo no tipo “texto em formatação”. As entrevistas foram separadas uma das outras pela inserção de uma linha de comando ou “linha com asterisco”. Nesta linha, foram digitadas algumas variáveis de interesse como: idade, sexo, tempo de tratamento, estado conjugal, escolaridade e tipo de diálise. Esta linha de comando obedece a cada unidade a ser analisada, que é denominada de unidade de contexto inicial (UCI), que permite ao programa identificar o local onde se inicia a entrevista. Construído o *corpus* com as 52 entrevistas realizadas (52 UCIs) e com o total de 160 páginas, este foi submetido à análise do *software* Alceste Versão 2015.

#### 4.5.2.2 Análise Alceste

A partir da identificação das UCI, o *software* procedeu à segmentação do *corpus* de acordo com seu funcionamento *standard*. O resultado deste processo é a identificação de polaridades no uso das palavras, utilizadas pelo pesquisador como dados brutos, os quais guiam sua interpretação. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

Ressalta-se que as UCE possuem tamanho variados, dimensionadas pelo *software* conforme o tamanho do *corpus*, e respeitando a aparição da pontuação no texto. Com base na análise semântica do texto, foram consideradas somente as “palavras plenas” (substantivos, verbos, adjetivos e advérbios) e desconsiderado as “palavras ferramentas” (artigos, preposições, verbos auxiliares, pronomes, conjunções e desinências gramaticais), os sufixos e os marcadores de sintaxe e de desinências de conjunção. (OLIVEIRA; GOMES; MARQUES, 2005).

A composição e a análise das unidades de contexto consideraram somente as “palavras plenas” em suas formas reduzidas (sem desinências gramaticais ou sufixos), pois são portadoras de sentido e revelam o mundo semântico a ser explorado pelo pesquisador. (REINERT *apud* NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

O *software* Alceste Versão 2015 descreve três tipos diferentes de análise: padrão ou *standart*, parametrada e cruzada (*tri-croisé*). A análise *standart* consiste naquela utilizada sem os parâmetros específicos determinados pelo pesquisador, ela é processada a partir do conjunto de regras definidas pela programação do próprio *software*. A análise parametrada é usada quando o pesquisador necessita definir alguns parâmetros de análise, como por exemplo, o tamanho da UCE, ou o número de classes. Já a análise cruzada permite cruzar as formas reduzidas ou variável de interesse. Neste último tipo de análise são geradas duas classes, uma com as UCE que contêm forma reduzida de interesse e outra com o restante do *corpus*. Este tipo de análise permite a identificar o perfil discursivo de um grupo em particular.

Após a realização das cinco etapas principais de análise realizadas pelo Alceste, descritas anteriormente, condição base para o desenvolvimento de todos os tipos de análise, observa-se que estas fases se organizam em quatro conjuntos de operação, reguladas pelos parâmetros previamente definidos na análise *standart*:

- a) leitura do texto e cálculo do dicionário;
- b) cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs escolhidas;
- c) cálculos complementares.

Novamente, estas operações se subdividem em diferentes suboperações, reguladas por parâmetros previamente estipulados na versão análise *standart*. Concluídas estas etapas, tem-se acesso ao resultado da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a qual permite visualizar a divisão do *corpus* de análise em grupos de UCE, que revelam significados específicos e são denominados pelas classes.

A formação da classe resulta do processo de divisão binária, de forma que se inicia com a classe que contém todas as UCEs e finaliza após o número de interações se esgotar. As classes são definidas de forma que cada uma apresente o máximo de homogeneidade intraclasse e de oposição interclasse. Essa ordem de sucessivas divisões é expressa por um dendograma composto a partir das divisões mais significativas do *corpus*.

Cada classe conforma como resultado uma Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), derivada do mesmo tipo de técnica CDH, que se compõe conforme a determinação do valor de associação entre as formas reduzidas, acompanhadas de representações oriundas destas relações. A CAH representa o grau máximo de decomposição possível do texto.

A relação entre as classes podem indicar diferentes representações, campos de imagens sobre determinado objeto ou diferentes aspectos de uma representação (CAMARGO, 2005). Já Oliveira, Gomes e Marques (2005) afirmam que “estas classes de palavras podem indicar representações sociais ou não, entretanto, são os seus conteúdos e a relação deles com os fatores ligados a pesquisa que iram definir e indicar as representações”.

Com base nestas orientações e na perspectiva de responder aos objetivos desta pesquisa, foram realizadas as análises *standart* e a análise cruzada (*tri-croisé*) com a variável tipo de tratamento. Assim, a apresentação dos resultados da análise *standard* contemplou quatro classes denominadas classe 1: “O controle e a informação no viver frente à doença renal crônica”; classe 2: “O contraste entre a imagem do cuidado à saúde e a doença renal crônica”; classe 3: “O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com doença renal crônica” e classe 4 “O processo da terapia dialítica, o cuidado e as vivências acerca da doença renal crônica”. E a análise cruzada (*tri-croisé*) derivou duas classes: classe 1 “Ameaças, desafios e cuidado com a doença e o tratamento” e classe 2 “Apoio familiar, cuidados e complicação do tratamento”, para ambos os tratamento, analisadas isoladas e comparativamente.

Conforme Gomes (2002), na CDH, a análise teve como critério as divisões binárias efetuadas, bem como a proximidade e distanciamento de conteúdos entre classes, respeitando a premissa de que as classes construídas a partir da mesma origem possuem significados diferentes, contudo apresentam semelhanças no que concerne aos conteúdos específicos de cada classe e também aos que determinam a divisão.

A análise da CAH de todas as classes teve como base as formas reduzidas como valor de  $x^2$  prevalente e a proximidade entre elas (*clusters* ou agrupamentos). Essa leitura foi realizada mediante a tomada de pequenos grupos de formas reduzidas, conforme a inter-relação observada na representação originada, aos quais foram atribuídos significados. A junção destes significados permitiu desvendar o conteúdo principal presente na classe.

O mesmo processo analítico foi realizado para as variáveis características dos participantes que produzem as falas (UCEs), finalizando com o conjunto de variáveis associadas a cada classe, a fim de obter confirmação sobre o tema definido a partir da CDH e CAH e se o quadro de formas reduzidas possuía sustentação empírica.

Com a identificação deste mapeamento temático, expresso por categorias e subcategorias, foi possível descrever a representação social construída entre pessoas com DRC, sobre o cuidado com a saúde e a doença, conforme poderá ser constatado nos resultados desta pesquisa.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Com base na legislação sobre pesquisa com seres humanos, expressa na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto implementou a coleta e geração de dados após aprovação pelo Comitê de Ética das Instituições de Nefrologia e Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com autorização concedida em 21 de maio de 2014, sob o parecer do CEP n.º 655.501/2014 CAAE 26511414.9.0000.0102 (Anexo A). O acesso aos participantes ocorreu somente a partir da autorização dos Centros de Nefrologia.

Com a necessidade de ampliação dos campos da coleta de dados para o tratamento da diálise peritoneal, o projeto foi encaminhado novamente ao Comitê de Ética. A solicitação transitou nas instâncias administrativas por um período de dois meses para efetivar a assinatura do novo Centro de diálise. Ao final de janeiro de

2015, obtivemos esta assinatura e, na mesma semana, foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa a ementa nº 1 de ampliação da amostra de campos, em 02 de fevereiro de 2015. A liberação ocorreu em 1º de abril de 2015 mediante o parecer/CEP n.º 1.015.044 e CAAE 26511414.9.0000.0102 (Anexo B). A entrada no campo foi liberada em 24 de abril de 2015 devido ao agendamento do ambulatório no período.

Em atenção aos preceitos éticos, as evocações de palavras e as entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes da pesquisa, em duas vias (Apêndice L). No momento que antecedeu a assinatura do termo, foi realizada pela pesquisadora uma leitura em conjunto com os participantes, a fim de explicar os objetivos da pesquisa e garantindo: privacidade, anonimato das informações, o caráter voluntário, riscos da pesquisa, compromisso com a informação atualizada da pesquisa e o esclarecimento de todos os questionamentos.

Para assegurar a privacidade, as evocações e entrevistas foram realizadas, individualmente, em local reservado nos Centros de Nefrologia. No que diz respeito ao anonimato e à confiabilidade, é importante salientar que todos os dados de identificação das pessoas com doença renal crônica foram mantidos em absoluto sigilo pela pesquisadora, e, após término da pesquisa e defesa da tese, as gravações foram destruídas.

## **5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA ENTRE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Neste capítulo, são apresentados os resultados a partir das análises realizadas. Inicialmente, são descritos os dados da caracterização dos participantes da pesquisa, obtidos por meio do questionário de caracterização sócio-demográfico correspondente à análise estrutural. Após, descrever-se-ão os quadros de quatro casas da análise geral, compostos do conjunto de participantes e das comparações relacionadas aos termos indutores “cuidado com a doença” e “cuidado com a saúde”, com aplicação de teste de comparação estatística (*Student*) e apresentação em paralelo, à análise de conteúdo das evocações de palavras em forma de explicação de conteúdos representacionais identificados na análise estrutural.

Na sequência, são mostrados os resultados alcançados na análise processual que expressam os conteúdos representacionais. Primeiramente, apresentam-se os dados de caracterização dos participantes entrevistados, obtidos a partir do questionário de dados sócio-demográfico. Posteriormente, a descrição do resultado (classes) das duas análises Alceste realizadas: análise *standart* e análise *tricoisé* da variável e categoria tipo de tratamento.

### **5.1 AS ESTRUTURAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA**

#### **5.1.1 Caracterização dos participantes da técnica de associação livre de palavras**

Os participantes deste estudo foram 165 pessoas com DRC, destes, cem (60, 60%) estão em tratamento de hemodiálise e 65 (39.39%) em diálise peritoneal, conforme exposto na tabela 1.

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS 165 PARTICIPANTES COM DRC, QUANTO AO SEXO, IDADE, TEMPO COM O DIAGNÓSTICO E TEMPO NO TRATAMENTO - CURITIBA - 2015

CATEGORIA	HEMODIÁLISE AMOSTRA (n=100)		DIÁLISE PERITONEAL AMOSTRA (n=65)		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Variáveis</b>						
<b>Sexo</b>						
Feminino	50	50	36	55,38	86	52,12
Masculino	50	50	29	44,61	79	47,87
<b>Idade</b>						
24-40 anos	37	37	22	33,84	59	35,75
41-59 anos	63	63	43	66,15	106	64,24
<b>Tempo c/ Diagnóstico</b>						
6 meses – 5 anos	40	40	37	56,92	77	46,66
> 5 anos	60	60	28	43,07	88	53,33
<b>Tempo no Tratamento</b>						
6 meses – 5 anos	50	50	54	83,07	104	63,03
>5 anos	50	50	11	16,92	61	36,96

FONTE: A autora (2015).

A variável sexo mostra distribuição aproximada entre feminino e masculino e, entre estes, observa-se semelhança no tratamento de hemodiálise e predomínio do feminino na diálise peritoneal. Quanto à variável idade, destaca-se a faixa etária entre 41 e 59 anos entre as pessoas em diálise para ambos os tratamentos. O tempo de diagnóstico da doença. No tratamento de hemodiálise, no que tange ao tempo de diagnóstico da doença, destaca-se o período superior a cinco anos, diferente da diálise peritoneal em que o tempo foi de seis meses a cinco anos.

O tempo no tratamento de hemodiálise foi similar para ambos os períodos, mas, na diálise peritoneal, a maioria correspondeu ao tempo de seis meses a cinco anos, semelhante ao dado anterior sobre o tempo com o diagnóstico nesse grupo.

### 5.1.2 Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado à saúde e à doença no grupo geral

Os resultados são apresentados considerando inicialmente a representação do conjunto de pessoas com DRC em tratamento dialítico, e em seguida, os resultados das duas comparações propostas por ambos os termos indutores.

A análise do *corpus* formado pelas evocações de todos os participantes (165) revelou que, em resposta ao termo indutor “cuidado com a doença”, foram evocadas 824 palavras, entre as quais 196 foram diferentes, e com uma média de

ordens média de importância (OME) de 3.00. Conforme a Lei de Zipf de distribuição de palavras propostas por Oliveira et al. (2005), foram desprezadas as evocações cuja frequência foi igual ou inferior a 13, encontrou-se a frequência média das evocações igual a 29. A análise combinada destes dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na figura 2.

FIGURA 2 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR "CUIDADO COM A DOENÇA" ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DIALÍTICO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015

OME	< 3			≥ 3		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 29	Alimentação	81	2, 259	Alimentação-controlada	48	3, 354
	Controle-líquido	55	2, 545	Medicação	35	3, 171
	Diálise	35	2, 914			
< 29	Higiene	31	2, 097	Apoio-família	22	3, 455
	Cuidado	27	2, 519	Transplante	14	3, 714
	Controle-sal	19	2, 842	Controle-pressão	13	3, 231

FONTE: A autora (2015).

De acordo com as premissas da Teoria do Núcleo Central, as palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo são aquelas que tiveram maiores frequências e foram mais prontamente evocadas, formando por hipótese o núcleo central da representação social. Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação e menos sensível a mudança em função do contexto externo ou das práticas cotidianas destes participantes. (ABRIC, 1998).

Analisando a figura 3, observa-se que os elementos constituintes do núcleo central, presentes no quadrante superior esquerdo, indicam noções positivas relacionadas ao cuidado, expresso pelo termo *alimentação*, maior frequência, e *higiene*, mais prontamente evocado, o que enfatiza as necessidades nutricionais e medidas higiênicas. Ambos caracterizam a dimensão dos hábitos de vida interpretada como acompanhamento que leva à condição de saúde ou são dependentes dela frente à doença.

Além disso, o núcleo central abarca elementos avaliativos como o *controle de líquido*, que indica restrições impostas à vida cotidiana para o controle da doença e subsídios de dimensão biomédica ligados à doença, e *diálise*, realizada para manter o equilíbrio orgânico e preservar as funções vitais da pessoa.



Os subsídios periféricos próximos apontam conteúdos fortemente marcados pela dimensão avaliativa, expressos pelo termo *alimentação controlada*, de maior frequência e prontamente evocado, e de noção biomédica, medicação. Esses elementos abarcam a primeira periferia da representação social, configuram os componentes periféricos mais marcantes e constituem o essencial do conteúdo da representação. (ABRIC, 1998; OLIVEIRA et al., 2005a).

O sistema periférico caracteriza a parte mais acessível e viva da representação e tem como papel essencial fazer a regulação, a prescrição de comportamento, e proteção do NC e individualização da representação coletiva (ABRIC, 1998). Igualmente, pode-se afirmar que a alimentação-controlada e a medicação consistem em medidas acentuadas que estes participantes contraem e mantêm para determinar seus posicionamentos e condutas para o controle da doença. Esses subsídios funcionam como defesa para a representação do controle expressa no núcleo central. Assim como, neles, estão presentes contradições associados aos elementos da dimensão hábitos de vida.

Entre os elementos periféricos distantes, o termo *apoio familiar*, maior frequência, indica a dimensão afetiva. Esse termo se insere na perspectiva da rede de apoio, importante para a pessoa com esta condição. A família caracteriza a proximidade e manutenção dos vínculos afetivos fortemente estabelecidos e consiste em uma fonte de recurso para atenuar os efeitos desagregadores dessa doença.

Entretanto, os elementos periféricos distantes também abarcam a noção avaliativa, ligada ao *controle da pressão*, e de dimensão biomédica, expressa pelo termo *transplante*, prontamente evocado. O termo transplante constitui uma cognição mais carregada de afetividade, como a esperança da cura e liberação do tratamento dialítico.

O *controle da pressão* indica uma medida restritiva que pode estar associada à presença e ou complicações de outras doenças. Os pressupostos da abordagem estrutural definem a segunda periferia da representação social como noções pouco frequentes e menos importantes entre as evocações enunciadas pelos participantes da pesquisa. (ABRIC, 2003).

Observa-se que os elementos periféricos ligados à dimensão avaliativa e à biomédica exprimem reforço aos conteúdos representacionais do núcleo central e estão associados a posicionamentos e condutas ligadas ao cuidado com a doença. A diferença apontada está associada à dimensão afetiva, que provavelmente, embora

distante e tenha obtido maior frequência, consiste em aspectos móveis ao redor do NC, que possuem potencialidade para evolução dos conteúdos representacionais.

A zona de contraste aponta o termo *cuidado*, que obteve maior frequência, e foi prontamente evocado, seguida do termo *controle de sal*. O elemento *cuidado* sinaliza um subsídio e conforma uma resposta fundamental diante de uma doença, para a qual a ausência deste pode levar a complicações, que podem se associar à doença de base e ou advir de problemas da cronicidade renal. Estes intervêm diretamente na carga da doença.

O termo *controle do sal*, prontamente evocado, expressa uma noção avaliativa, pois se situa no conjunto das necessidades para circunscrever a doença. Com isso, parece reforçar os conhecimentos considerados centrais no cuidado para autogestão da doença. Nota-se que os elementos deste quadrante não estabelecem contraste, somente reforçam os conteúdos expressos no núcleo central.

Na análise, em função do termo indutor “cuidado com a saúde”, foram evocadas 826 palavras, entre as quais 178 foram diferentes, com ordens média de importância (OME) aproximada para 3.00. Considerando que foram descartadas as evocações cuja frequência foi igual ou inferior a 11, encontrou-se a frequência média das evocações igual a 23. A análise desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na figura 3.

FIGURA 3 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DIALÍTICO DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015

OME	< 3			≥ 3			
	Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 23		Alimentação	72	2, 167	Medicação	45	3, 156
		Exercício-físico	35	2, 971	Alimentação-controlada	33	3, 152
		Acompanhamento-médico	27	2, 926	Atividade-física	27	3, 259
					Higiene	26	3, 423
					Controle-líquido	23	3, 174
< 23		Exames-periódicos	21	2, 714	Trabalhar	21	3, 762
		Medicação correta	16	3, 000	Apoio-família	20	4, 050
		Cuidado	15	2, 533	Vida	17	3, 235
		Alimentação-correta	14	2, 714	Descanso	16	3, 375
		Tratamento	13	1, 846	Controle-pressão	14	3, 214
		Bem-estar	12	2, 417	Tranquilidade	12	3, 583
		Fazer-tratamento	11	2, 091			

FONTE: A autora (2015).

No NC, destaca-se o termo *alimentação*, maior frequência, e exercício físico, prontamente evocado, ambos definidos como elementos de dimensão dos hábitos de vida, associados ao cuidado. O termo *acompanhamento médico*, de dimensão biomédica, sugere uma noção comportamental de saúde e assume um sentido de situar medidas regulares e essenciais que se opõem à doença. Observa-se que os elementos do núcleo central são marcadamente positivos para o cuidado.

Fazendo parte da primeira periferia, o elemento *medicação*, maior frequência, de dimensão biomédica, aliado aos termos *controle de líquido*, prontamente evocado, e *alimentação controlada*, de dimensão avaliativa, prolonga a dimensão negativa das ações restritivas necessárias para o cuidado com a saúde até a primeira periferia. Esses conteúdos, embora evocados em relação à saúde, conformam aportes da doença. Os elementos *atividade física* e *higiene* apontam os hábitos de vida e reforçam elementos positivos, que favorecem o estado de saúde, e possuem um caráter comportamental.

O termo *trabalho*, maior frequência, de dimensão social, e evidencia a presença da funcionalidade, ou seja, a saúde representa a possibilidade de ser útil no cotidiano. Por conseguinte, se as pessoas possuem saúde, tornam-se aptas para o trabalho. O elemento *apoio família*, prontamente evocado, aponta a necessidade dos vínculos afetivos enquanto recurso fundamental para o cuidado da saúde. O *controle da pressão* aparece como uma medida prática que expressa negatividade e tem caráter avaliativo para o cuidado com a saúde, além de encontra-se associado à doença.

Ainda nesta periferia, a *tranquilidade* e o *descanso* são termos ligados à dimensão do bem-estar e ampliam a contextualização do cuidado com a saúde que inclui comportamentos que levam à condição de saúde ou são dependentes dela e possuem uma relação com o contexto de vida da pessoa. O elemento vida caracteriza a vitalidade, a potencialidade e a energia necessárias à manutenção da saúde. Estes termos realçam a importância da qualidade de vida.

Entre os elementos de contraste, observa-se uma variedade de termos ligados ao cuidado. Destaca-se a noção de dimensão biomédica associada aos termos *exame periódico*, maior frequência, *medicação correta*, prontamente evocada, *tratamento* e *fazer o tratamento*. Aqui aparece a modalidade específica de assistência à saúde, o serviço de diálise, caracterizando a prioridade dada por essa terapêutica de atenção. Portanto estes termos retratam os conteúdos da doença mesclados no cuidado à saúde.

Ainda neste quadrante, aparece a expressão *alimentação correta* da dimensão hábitos de vida, que reforça conteúdos expressos no núcleo central. O termo *bem-estar* contextualiza o cuidado à saúde naquilo que é fundamental para as pessoas em geral, a vivência de suas potencialidades com vitalidade. O cuidado à saúde, neste sentido, caracteriza a capacidade de se sentir bem diante da vida, do mundo, das pessoas da convivência, o que abrange a funcionalidade orgânica, saudável e uma dimensão psicológica otimista e descontraída.

Ao confrontar as representações sociais relacionadas aos termos indutores de “Cuidado à doença” e “Cuidado à saúde”, observa-se que os elementos que compõem o núcleo central apresentaram semelhança em relação ao termo *alimentação*, o que realça o aspecto nutricional, além de associá-los aos comportamentos e hábitos de vida como *higiene*, *exercício físico*. Destaca-se marcada positividade nos conteúdos centrais da representação de cuidado com a saúde em oposição aos conteúdos centrais da representação de cuidado com a doença, que mescla noções de hábitos de vida e noções biomédicas, *diálise*, e aponta o elemento avaliativo, expresso com o termo *controle líquido*.

A negatividade observada nos conteúdos centrais da representação do cuidado com a doença ligada ao controle de líquido e diálise é realçada nos elementos periféricos pelas expressões *alimentação controlada*, de dimensão avaliativa, e *medicação*, de dimensão biomédica. Nesta perspectiva, a negatividade também é observada de forma semelhante, conferida pelos mesmos elementos, *medicação* e *alimentação controlada*, nos conteúdos periféricos da representação do cuidado à saúde, embora, em relação a este termo indutor, seja indicado conteúdo avaliativo, como o *controle de líquido* e também noção dos hábitos de vida, *higiene* e *atividade física*.

A análise dos elementos de periferia distante confirma a tendência positiva dos conteúdos representacionais do cuidado com a saúde e a coexistência de noções de dimensão social, o *trabalho*, *afetiva*, *apoio familiar*, *bem-estar*, *vida*, *descanso* e *tranquilidade*, e ainda evidencia o elemento avaliativo *controle de pressão*. Os termos atrelados à dimensão social, afetiva e de qualidade de vida corroboraram com aspectos evidenciados na pesquisa de Ramos et al. (2008a) no sentido de que a representação da pessoa com DRC considera a afinidade entre práticas de cuidado e as relações psicoafetivas e sociais imbricadas na vivência.

Já em relação ao termo indutor cuidado com a doença, permanece a tendência dos elementos de dimensão biomédica e avaliativa, respectivamente *transplante* e *controle da pressão*, assim como houve compartilhamento do elemento associado à necessidade de *apoio familiar* e do elemento *controle da pressão*. O controle da pressão realça o elemento negativo da doença ligado ao cuidado com a saúde.

O NC é determinado por uma função geradora que lhe confere sentido e uma função organizadora que unifica e estabiliza a representação (ABRIC, 1998). Supõe-se que o termo *alimentação*, na estrutura central representacional, cumpra uma função geradora e dê valor à representação ligada ao objeto cuidado com a saúde e a doença. Porém a organização do NC é determinada por uma relação distinta, ou seja, o que estabiliza o objeto cuidado com a doença liga-se ao aspecto avaliativo do controle, da diálise, com aproximação de elementos relacionados à dimensão biomédica e hábitos de vida. Diferente do objeto cuidado com a saúde, que mantém o sentido e a organização em torno dos hábitos de vida.

Portanto, temos duas representações definidas pelo mesmo conteúdo e com organização diferente, o que é similar à abordagem de Abric (1998, p.31), que afirma que “a organização do conteúdo é essencial e a simples identificação do conteúdo não basta para seu reconhecimento e especificação”. Na primeira periferia, identifica-se a função “para-choque” da representação, e possui a função de defesa (ABRIC, 1998, p.32). Assim, os objetos saúde e doença mostram prevalência dos elementos ligados aos conteúdos da doença.

É interessante observar que os elementos periféricos distantes, ligados ao objeto cuidado com a doença, marcam a defesa do NC, ao contrário da periferia distante do objeto cuidado com a saúde, que apresenta elementos com papel de regulação, ou seja, os elementos novos de dimensão social e bem-estar. Estes últimos têm um papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto e podem tanto ser integrados como entrar em conflito com os fundamentos da representação. (ABRIC, 1998).

A comparação apresentada acima confirma alguns contornos das representações do cuidado com a saúde e a doença. Neste enfoque, não parece se configurarem duas representações para saúde e para doença, mas polarizações, caracterizadas pela (positividade/negatividade) observada entre os termos que compõem cada dimensão.

Identifica-se que as representações do objeto relacionadas à doença apresentam conteúdos negativos, contrários aos elementos representacionais da saúde que revelam conteúdos mais positivos. Observa-se que existe compartilhamento de conteúdos da doença na representação do cuidado com a saúde. Destaca-se ainda que as questões da afetividade aparecem nas representações do cuidado com a doença e com a saúde, e a noção de bem-estar é relevante nos conteúdos periféricos do cuidado com a saúde.

Os conteúdos positivos relacionados ao cuidado com a saúde e a doença apontam para os hábitos de vida que se opõem à doença (“alimentação”, “exercício físico”, “higiene”) e noções biomédicas significativas para prevenir doenças (“acompanhamento médico”) relacionadas ao cuidado com a saúde. A importância da nutrição no cuidado com a saúde inclui medidas preventivas, pois o alto índice de massa corporal (IMC) consiste em um fator de risco para a DRC e pode ser modificado por meio de alimentação adequada. A nutrição exerce papel importante na avaliação e no tratamento da DRC. (SANTOS; PEREIRA; MACHADO et al., 2013).

Em relação ao cuidado com a saúde, os elementos negativos (“medicação”, “controle de líquido”, “alimentação controlada”), os de conteúdo avaliativo (“controle de líquido”) e biomédico (“diálise”), presentes no cuidado com a doença, comportam aspectos da prática vivenciada pelo grupo. Conforme apontado por Chilcot, Wellsted e Farrington (2010) pessoas com DRC terminal são obrigadas a limitar a ingestão de líquido e de sal para prevenir complicações da doença como alterações cardiovasculares, entre outras.

Novamente, a diálise requerida promove um confronto com estressores relacionados à doença e ao tratamento, decorrente da natureza crônica, terminal da doença renal, e à incorporação do tratamento médico. (TIMMERS; THONG; DEKKER et al., 2008).

Observa-se que o apoio familiar associado à dimensão afetiva relacionado ao cuidado compartilhado pelo grupo confirma aspectos apontados por Silva et al. (2014). Estes autores apontam que o suporte familiar é decisivo na percepção das pessoas frente à doença crônica e na manutenção do tratamento, pois promove condições para que a pessoa se sinta protegida, segura, e avaliação positiva para a qualidade de vida.

### 5.1.3 Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença no grupo em hemodiálise

Os resultados são apresentados considerando inicialmente a representação de pessoas com DRC em tratamento dialítico de hemodiálise relacionada aos termos indutores separadamente e, em seguida, os resultados dos termos indutores com comparações propostas.

A análise do termo indutor “cuidado com a doença” entre pessoas em hemodiálise corresponde a 499 evocações, entre as quais 136 foram diferentes, com ordem média de importância (OME) aproximada para 3,00. Foram descartadas as evocações com frequência igual ou inferior a 7 e obteve-se valor da frequência média de evocações aproximado para 17.

A análise desses dados resultou no quadro de quatro casas apresentado na figura 4.

FIGURA 4 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A DOENÇA” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015

OME	< 3,00			≥ 3,00		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 17	Alimentação	53	2,019	Alimentação-controlada	40	3,375
	Controle-líquido	40	2,350	Medicação	22	3,000
	Cuidado	18	2,667			
< 17	Higiene	11	2,818	Apoio-família	14	3,071
				Controle-pressão	13	3,231
				Controle-sal	13	3,231
				Díalise	10	3,200
				Fazer-tratamento	10	3,400
				Hemodiálise	9	4,222
				Limite-atividade	9	4,222
				Controle-álcool	9	3,000
				Cuidado-fístula	7	4,000
				Medicação-correta	7	3,857

FONTE: A autora (2015).

A figura 4 mostra no NC, que a maior parte das evocações se associa à representação de cuidado com doença a partir do controle e dos hábitos de vida. Observa-se referência positiva no cuidado relacionado à *alimentação*, termo de maior frequência e prontamente evocado, sinalizando um comportamento frente à doença ligado à noção de hábitos de vida.

O termo *controle de líquido* indica uma noção avaliativa e associa-se às reservas impostas pela doença e necessidades de cuidado. O elemento cuidado tem a conotação dupla enquanto bem maior, que deve ser acurado e cultivado, e possui uma dimensão comportamental que exige vigilância e continuidade.

Em relação aos núcleos periféricos próximos, novamente a dimensão avaliativa, expressa pelo termo *alimentação controlada*, de maior frequência e prontamente evocado, encontra-se em concordância em relação ao núcleo central. Esses acordos entre os conteúdos periféricos da representação conformam espelhos da realidade social que a pessoa com DRC vive e persistem como elementos de defesa da representação social definidos por Abric (1998), sinalizando o comportamento regrado. O termo *medicação* possui dimensão biomédica, relacionado à doença, diferente dos elementos centrais.

A respeito do núcleo periférico distante, chamam a atenção os elementos positivos relacionados à dimensão afetiva, como o termo *apoio família* (maior frequência). Acredita-se que este possui uma conotação recursiva que integra as relações, os vínculos e significa atenção, além de conformar a base para o cuidado ligada à rede de ajuda. Observa-se, neste quadrante, que se sobrepõem quantitativamente os elementos avaliativos associados ao controle, como *controle da pressão*, *controle do sal* e *medicação correta*. Possivelmente, ampliam-se e acham-se em consonância ao conteúdo representacional do NC, presente no termo *controle de líquido*.

O elemento limite-atividade significa evitar excessos e corrobora com a grande fragilidade física associada à indisposição, ao cansaço, indicando uma concepção da doença ligada à dimensão funcional do corpo. Ressaltam-se os elementos de dimensão biomédica associados à doença, como: *diálise*, *fazer o tratamento*, *hemodiálise* e *cuidado com a fístula*, que revelam uma relação de proximidade entre si e apontam a essência do cuidado para manutenção da vida.

O termo *controle do álcool* confirma um elemento que oscila em função de práticas desenvolvidas por variações no contexto de vida de determinado subgrupo de pessoas com DRC e possui uma dimensão social referente a comportamentos e à exacerbação das complicações de saúde.

O elemento de contraste, localizado no quadrante inferior esquerdo, expresso pelo termo *higiene*, associa-se à atitude para o cuidado e possui uma relação intrínseca com a saúde. Os termos localizados neste quadrante apresentam uma relação inversa aos termos de menor frequência e que foram prontamente



evocados e, devido à frequência abaixo da média, não participam do núcleo central (ABRIC, 1998). Contudo, possuem um grau de importância e comprovam a dimensão hábito de vida necessária ao cuidado com a doença, além de serem retratados no NC.

Na análise relacionada ao termo indutor “cuidado com a saúde”, entre pessoas em hemodiálise, obteve-se um total de 497 evocações, entre as quais 127 foram diferentes, com ordem média de importância (OME) aproximada para 3.00. Considerou-se o descarte de palavras com frequência mínima igual ou menor que 7 e valor da frequência média de evocações, cujo resultado foi aproximado para 16. Esses dados são disponibilizados na construção do quadro de quatro casas, conforme mostra a figura 5.

FIGURA 5 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE “ ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015

OME	< 3, 00			≥ 3, 00		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 16	Alimentação	40	2, 150	Medicação	31	2, 935
	Acompanhamento-médico	16	2, 625	Exercício-físico	24	2, 917
				Alimentação-controlada	22	3, 227
				Atividade-física	20	3, 200
				Controle-líquido	17	3, 176
< 16	Alimentação-adequada	14	2, 714	Apoio-família	13	4, 077
	Medicação-correta	13	2, 769	Controle-pressão	11	3, 273
	Exames-periódicos	12	2, 667	Descanso	9	3, 444
	Fazer-tratamento	13	2, 769			
	Tratamento	10	1, 700			

FONTE: A autora (2015).

Ao analisar o quadro de quatro casas, no núcleo central, é encontrada a dimensão hábitos de vida associada ao termo *alimentação* (maior frequência) e a dimensão biomédica ligada à expressão *acompanhamento médico* (mais prontamente evocado). Observa-se, neste resultado, que a significação do cuidado se divide entre a possibilidade de nutrir-se como essencial para manter as funções orgânicas e adoção de medidas preventivas para a saúde.

A dimensão hábitos de vida apresenta-se desdobrada na primeira periferia, relacionada aos comportamentos ligados ao *exercício físico* e *atividade física* e elementos que integram a dimensão biomédica associados à doença, como *medicação*, de maior frequência e prontamente evocado, e ainda a dimensão avaliativa do controle evidenciada pelos termos *alimentação controlada* e *controle de líquido*. Os elementos de dimensão avaliativa, embora ausentes do núcleo central,

conformam subsídios móveis e flexíveis de evolução da representação do núcleo central e estão associados às necessidades do cuidado ligadas aos limites e regras no viver da pessoa com DRC.

Na periferia distante, destaca-se a dimensão afetiva, expressa pelo termo *apoio familiar*, de maior frequência e prontamente evocado, que indica a importância da rede de apoio representada pelos laços de afeto como proteção ligada ao cuidado, que promove à saúde. O termo *descanso* enseja uma noção de bem-estar e conforma os aspectos físicos favoráveis a obter boas condições orgânicas e mentais ligadas à promoção de saúde. Destaca-se que, em meio às avaliações positivas para o cuidado, as pessoas evocaram termos com noção avaliativa, como controle da pressão, ligados à doença e que significam uma necessidade e estão em consonância com os termos evidenciados na primeira periferia.

Já entre os elementos de contraste aparecem termos ligados à dimensão hábitos de vida, como *alimentação adequada* (maior frequência) e *exames periódicos*, estes associados à dimensão biomédica da doença. Enfatiza-se que, entre os termos evocados, prevalece a dimensão biomédica, ligada à doença, como *medicação correta*, *fazer o tratamento* (prontamente evocado) e *tratamento*. No geral, os termos evocados neste quadrante reforçam o núcleo central, e não houve contraste.

A análise comparativa entre os termos indutores “cuidado com a doença” e “cuidado com a saúde” revela que os elementos centrais da representação de cuidado com a saúde e a doença apresenta semelhança quanto à noção dos hábitos de vida, expressa pelo termo *alimentação*, e enfatiza o comportamento alimentar como preponderante e inerente ao cuidado.

Esses conteúdos se assemelham ainda quanto aos elementos centrais da representação de cuidado com a saúde, embora com enfoques distintos. A representação do cuidado com a doença é marcada pela dimensão avaliativa, expressa pelo *controle de líquido*, e a representação do cuidado com a saúde retrata a dimensão biomédica, ligada aos profissionais, com o termo *acompanhamento médico*.

A ampliação dos conteúdos centrais da representação em ambos os termos evocados se assemelha e é confirmada mediante a noção da dimensão avaliativa, expressa pelo termo *alimentação controlada*, e dimensão biomédica, com o termo *medicação*, este ligado à doença e a aspectos profissionais. Ressaltam-se os elementos periféricos associados ao bem-estar, com os termos *atividade física* e *exercício físico*, na estrutura da representação do termo cuidado com a saúde. Evidencia-se também o aspecto avaliativo ligado ao *controle de líquido* no cuidado com a saúde.

Na periferia distante, observa-se a defesa dos conteúdos centrais da estrutura representacional associada à noção positiva afetiva, ligada ao apoio familiar em ambos os termos indutores do cuidado com a saúde e a doença. Os elementos avaliativos do controle foram evocados de forma significativa no termo indutor cuidado com a doença, expresso pelos termos *controle do sal*, *medicação controlada* e, em ambos os termos indutores, foi evocada a expressão *controle da pressão*. Esses termos subsidiam os conteúdos do NC relacionados ao cuidado com a doença.

Cabe destacar a variedade de termos de dimensão biomédica, como diálise, fazer o tratamento, hemodiálise, cuidado com a fístula, na periferia distante do termo indutor cuidado com a doença e provável relação de proximidade com os aspectos da moléstia. Enfatiza-se que houve preponderância de termos negativos nesta periferia associados ao termo indutor cuidado com a doença, diferente do termo cuidado com a saúde, que ressalta aspectos positivos. Entre estes, aparece a noção de bem-estar, expressa pelo termo *descanso*, na saúde, que reforça o NC. Também no cuidado com a doença, foram identificados subsídios da dimensão social.

Os elementos da zona de contraste contribuíram com subsídios para os conteúdos centrais da estrutura da representação do “cuidado com a doença”, ressaltam aspectos de bem-estar e diferem do termo indutor “cuidado com a saúde”, que enfatiza a noção biomédica e a avaliativa. Em ambos os termos, não se observou contraste.

Observa-se que a dimensão avaliativa no cuidado com a doença é marcada neste grupo e corresponde a achados da literatura que abordam a hemodiálise como uma terapêutica que exige mudanças radicais do estilo de vida, incluindo assiduidade no tratamento, restrições de líquido, alimentos, continuidade da medicação e, além disso, impõe o controle para autogestão à doença. (LI; JIANG; LIN, 2014).

Em relação ao cuidado com a saúde e a doença, houve o compartilhamento ligado aos hábitos de vida (alimentação, higiene), que confirma expressões da análise global que se opõem à doença. Observa-se que o elemento cuidado presente no NC da representação da doença é também um elemento da zona de contraste do cuidado com a saúde, o que demonstra o entendimento de que o cuidado envolve comportamento. Roso et al. (2013) salientam que o cuidado, para quem tem DRC, é expresso por atitudes que englobam uma série de renúncias alimentares e de bebidas e abandono de hábitos que podem gerar satisfação pessoal. Assim, o cuidado exige mudança de postura e busca outras possibilidades.

#### 5.1.4 Configuração das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença no grupo em diálise peritoneal

Os resultados são evidenciados a partir da RS da pessoa com DRC em diálise peritoneal e, considerando o termo indutor “cuidado com a doença”, mostram 325 evocações, entre as quais 111 foram diferentes e a ordem média de importância (OME) aproximada para 3,00. Foram removidas as palavras com frequência igual ou inferior a 7 e calculou-se o valor da frequência média de evocações aproximada de 14, conforme apresentado na figura 6.

FIGURA 6 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A DOENÇA” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA - CURITIBA - 2015

OME	< 3,00			≥ 3,00		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 14	Alimentação	28	2,714	Controle-líquido	15	3,067
	Diálise	25	2,800			
	Higiene	20	1,700			
< 14	Cuidado	9	2,222	Medicação	13	3,462
				Apoio-família	8	4,125
				Transplante	8	3,875
				Acompanhamento-médico	8	3,750
				Alimentação-controlada	8	3,250
				Exames-periódicos	7	4,429

FONTE: A autora (2015).

A dimensão hábitos de vida expressa, no núcleo central, os léxicos *alimentação* (mais frequente e prontamente evocado) e *higiene*, que expõem a saúde como algo essencial para este grupo de pessoas, que se encontra na base para gerenciar o cuidado com a doença nas suas vidas. A diferença observada neste quadrante foi a presença da evocação *diálise*, ligada à dimensão biomédica da doença e que expressa o cuidado. Essas dimensões assentam origens na representação que aproxima a imagem da saúde com a de cuidado com a doença.

A primeira periferia possui significado negativo integrado ao cuidado e situa-se na dimensão avaliativa do controle (*controle de líquido*). O surgimento desse termo reforça o elemento negativo do núcleo central ligado ao termo *diálise*, apontando para um conteúdo que se associa ao cuidado com as condições desfavoráveis de vida de forma mais destacada neste grupo.

Em relação aos elementos periféricos distantes, observa-se uma variedade de termos ligados à dimensão biomédica da doença, como *medicação* (maior frequência), *exames periódicos* (prontamente evocado), *acompanhamento médico* e *transplante*, e a dimensão avaliativa do controle, associada ao termo *alimentação controlada*. Entre esse quantitativo de termos, surge o *apoio familiar*, que comprova a importância da dimensão afetiva no cuidado.

No quadrante inferior esquerdo, na zona de contraste, aparece o termo *cuidado*, que reforça a ação para promoção de saúde. Portanto, pertence à dimensão dos hábitos de vida, o que reforça os elementos do NC.

Observa-se que a dimensão hábitos de vida contextualiza o cuidado naquilo que é essencial à pessoa com DRC. O cuidado, neste sentido, é a capacidade de controlar a doença que abarca o comportamento. Os elementos periféricos se desdobram na sobreposição da dimensão biomédica associada à doença e dimensão avaliativa, demonstrando, com isso, a necessidade de manter o controle e, indiretamente, reforça comportamentos.

A análise das representações sociais a partir do termo indutor “cuidado com a saúde” totalizou 320 evocações, entre as quais 106 foram diferentes, com ordem média de importância (OME) aproximada para 3, 00. Foram descartadas as palavras com frequência mínima de 7 e considerada a frequência média de evocações aproximada para 11. Estes dados são apresentados na figura 7.

FIGURA 7 - ANÁLISE DAS EVOCAÇÕES DO TERMO INDUTOR “CUIDADO COM A SAÚDE” ENTRE PESSOAS COM DRC EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL DOS SERVIÇOS DE NEFROLOGIA. CURITIBA, 2015

OME	< 3, 00			≥ 3, 00		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	OME
≥ 11	Alimentação	30	2, 167	Medicação	13	3, 615
	Alimentação-controlada	11	3, 000	Higiene	11	3, 545
	Bem-estar	11	2, 273	Acompanhamento-médico	11	3, 364
< 11				Exercício-físico	11	3, 091
	Vida	10	3, 000	Exames-periódicos	9	3, 222
	Cuidado	9	2, 778	Apoio-família	7	4, 000
				Trabalhar	7	4, 000
				Tranquilidade	7	3, 571
				Atividade-física	7	3, 429
			Descanso	7	3, 286	

FONTE: A autora (2015).

Observa-se, na figura 7, que o significado do cuidado com a saúde, apresentado no núcleo central, assinala os termos *alimentação* e *bem-estar*. O termo *alimentação*, que tem maior frequência, evidencia uma dimensão dos hábitos de vida e retrata a inevitabilidade da doença e também pode estar relacionado às informações e práticas difundidas no conhecimento sobre o tema. O sentimento de *bem-estar* diz respeito à necessidade em manter a qualidade de vida e possui a dimensão do bem-estar.

Ainda presente entre os elementos centrais da representação sobre cuidado com a saúde, tem-se a reafirmação de um conteúdo avaliativo associado à necessidade de manutenção do controle e das regras ligadas aos hábitos de vida, expresso por *alimentação controlada*, que pode ser destacado como o termo mais importante entre as evocações, em função da sua ordem de evocação.

A primeira periferia sublinha a dimensão hábitos de vida como higiene e exercício físico e o termo *medicação* na dimensão biomédica, maior frequência e prontamente evocado, bem como o termo *acompanhamento médico* de dimensão biomédica.

A dimensão biomédica consiste em uma diferença observada nesse quadrante, em relação aos elementos do núcleo central, que enfatiza as questões de doença e encontra-se ligada aos profissionais de saúde. Contudo, os termos *higiene* e *exercício físico* expressam a noção de hábitos de vida e reforçam a representação central associada ao termo *alimentação*.

A periferia distante é marcada fortemente pelos elementos que possuem interface com a dimensão bem-estar e hábitos de vida presentes no NC. Os termos *tranquilidade* e *descanso* sugerem conteúdos da dimensão bem-estar e contextualizam o cuidado com a saúde como a capacidade de se sentir bem diante da vida, indicando uma inserção confortável da pessoa em seu ambiente e nas suas relações sociais.

O termo *trabalho* surge ligado à noção de funcionalidade e conforma uma dimensão social na vida da pessoa, assim como, provavelmente, enfoca sua potencialidade de fazer com que a pessoa se sinta útil e mantenha as relações sociais. A expressão *apoio familiar* exprime a dimensão afetiva e configura a produção de conteúdos representacionais de conforto e segurança para o cuidado.

As dimensões social e afetiva diferem dos elementos do núcleo central e possivelmente são conteúdos susceptíveis, de importância significativa e

semelhante na ordem de evocação e, portanto, com potencialidade para serem integrados na significação do núcleo central. Esse aspecto relaciona-se à função reguladora dos elementos periféricos definida por Abric (1998) e seu papel é essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto devido ao aspecto móvel e evolutivo dos elementos periféricos.

O termo *exame periódico*, de maior frequência, confirma a noção biomédica, uma vez que se relaciona aos elementos presentes na periferia próxima que apontam as ações e medidas ligadas aos profissionais. Possivelmente, essa noção tem uma relação complementar às práticas com a saúde para evitar a doença e, conseqüentemente, próxima à dimensão dos hábitos de vida expressa neste quadrante pelo léxico *atividade física*. A zona de contraste apresenta os termos *vida e cuidado*, os quais revelam os conteúdos representacionais e, possivelmente, reforçam indiretamente os elementos de bem-estar no núcleo central.

A análise comparativa entre as RSs de cuidado com a saúde e a doença neste grupo de pessoas sinaliza que as evocações presentes no núcleo central de ambos os termos indutores configuram semelhança quanto à dimensão hábitos de vida, marcada fortemente pelos conteúdos representacionais associados à noção de alimentação como essencial ao cuidado com a saúde e a doença.

Entre as divergências, as evocações relativas ao “cuidado com a doença” evidenciam, entre os elementos do NC, a presença dos conteúdos da doença na representação, expressos pelo termo *diálise*, enquanto as evocações do “cuidado com a saúde” retratam noção avaliativa, representada pela expressão *alimentação controlada* e conteúdos positivos de bem-estar. Acredita-se que essas evocações estão ancoradas na experiência de cuidado e noção biomédica do grupo, associadas com a doença, e, em relação à saúde, articulam-se os componentes comportamentais ligados ao conhecimento para evitar doença.

A respeito dos elementos periféricos, em ambos os termos indutores, houve semelhança quanto à presença da dimensão afetiva, expressa pelo apoio familiar, o que ressalta a natureza dos vínculos e das relações como auxílio e meio de força, enquanto coragem e eficácia para o cuidado. Portanto, favorável à autogestão da doença. Ressalta-se diferença, sinalizada mediante a noção fortemente marcada de negatividade nos conteúdos representacionais do cuidado com a doença e positividade nos conteúdos da representação do cuidado com a saúde.

Outro enfoque foi a dimensão social referente ao cuidado com a saúde, expressa pelo *trabalho* e os elementos da dimensão de bem-estar, *tranquilidade* e *descanso*. Contrária às evocações do cuidado com a doença que define o componente avaliativo, expresso pelo *controle de líquido*, possivelmente consiste em um sistema de defesa da representação do NC desse grupo, ligado ao termo *diálise*.

Em relação à zona de contraste em ambos os termos indutores, observa-se o léxico *cuidado*, que indica ao mesmo tempo atenção e uma ação essencial para manter saúde mitigar as consequências da doença. O termo *vida*, relacionado ao cuidado com a saúde: retrata a noção de bem viver, vitalidade e energia. Esses subsídios positivos não estabelecem contraste, mas contribuem para reforçar os elementos centrais da representação do cuidado à saúde e à doença.

A estrutura da representação do cuidado com a doença apresenta-se semelhante, conquanto em sentido inverso à da saúde, apontando para a seguinte especificidade: a *diálise* é estruturadora da representação de cuidado, em sua versão negativa, expressando a dimensão biomédica do tratamento e as ações de cuidado com noção avaliativa, expressa por *controle de líquido*. Por sua vez, na estrutura da representação do cuidado com a saúde, a *alimentação controlada* possui noção negativa e avaliativa, ampliada pelos elementos periféricos associados à dimensão biomédica da doença: *medicação*, *acompanhamento médico*.

Em relação ao cuidado com a doença, o termo diálise confere significado estável à representação. Esse enfoque provavelmente possui uma relação com a experiência na diálise peritoneal que posiciona a pessoa como menos dependente do serviço de diálise e única responsável pelo seu tratamento, ela precisa reorganizar completamente a vida e tem um grau maior de autonomia (NOWAK; LAUDANSKI, 2014). Esse envolvimento e o compromisso também reforçam para o grupo as expressões associadas à dimensão biomédica, que destaca a medicação e o acompanhamento médico como parte do tratamento.

#### 5.1.5 Análise comparativa das estruturas das representações sociais do cuidado com a saúde e a doença nos dois grupos

A análise comparativa dos respectivos termos indutores “cuidado com a doença” e “cuidado com a saúde” entre os grupos em diferentes tratamentos dialíticos possibilitou alguns pontos de reflexão. Observa-se semelhança e uniformidade nos conteúdos representacionais centrais do cuidado com a saúde e a doença quanto à noção positiva dos hábitos de vida, com destaque para a *alimentação*. Estes achados



reafirmam a significação dos conteúdos representacionais identificada na análise global do tratamento dialítico. Desempenham a função de geração e consistem no elemento mais estável da representação, que assegura a continuidade em contextos móveis. (ABRIC, 1998).

No grupo da hemodiálise, alguns aspectos como os conteúdos centrais das representações de cuidado com a doença são fortemente marcados pelos elementos negativos avaliativos do controle, ao contrário da noção positiva de dimensão biomédica associada ao cuidado com a saúde neste grupo. Foi identificado o compartilhamento de elementos de dimensão negativa avaliativa e biomédica na periferia próxima de ambos os termos indutores. A análise deste grupo evidencia um aspecto já identificado na análise global de que a periferia mostra defesa dos elementos do NC, o que é confirmado na periferia distante pela aproximação de dimensão negativa.

Assim como no grupo da hemodiálise, houve compartilhamento, em ambos os termos indutores, em relação à presença de elementos de dimensão afetiva na periferia distante. Observa-se polaridade negativa ligada aos conteúdos da representação de cuidado com a doença e positiva ligada aos conteúdos representacionais do cuidado com saúde na periferia distante. Quanto às dimensões, houve compartilhamento da noção avaliativa em ambos os termos e divergências quanto à inclusão da dimensão social no cuidado com a doença e dimensão de bem estar no cuidado com saúde.

Ocorreu ainda divergência entre estes termos quanto ao reforço à noção negativa avaliativa do controle e dimensão biomédica no cuidado com a doença, presença de subsídios da dimensão social na periferia do cuidado com a doença e da dimensão de bem-estar na periferia do cuidado com a saúde. Mais uma vez, o grupo apresenta a reafirmação da tendência de manter a defesa dos elementos do NC no objeto cuidado com a doença e o aparecimento da função de regulação dos elementos da NC no objeto cuidado com saúde.

No grupo da diálise peritoneal, os conteúdos centrais da representação de cuidado com a saúde apontam a noção negativa em ambos os termos indutores, de dimensão biomédica no cuidado com doença, e noção de dimensão avaliativa no cuidado com a saúde. Ainda divergem quanto ao acréscimo de conteúdos centrais de bem-estar, no caso do cuidado com a saúde.

Assim, este grupo sinaliza que os conteúdos representacionais do objeto cuidado com a saúde apresentam uma significação com tendência negativa voltada para o controle e a dimensão biomédica ligada à doença, diferente da análise global e similar ao grupo da hemodiálise. A organização do NC demonstra que a estabilização

dos conteúdos ocorre em torno de elementos positivos, como apontado anteriormente na análise global, mas diferentemente do grupo da hemodiálise.

A periferia neste grupo, como verificado no tratamento de hemodiálise, indica compartilhamento da dimensão afetiva. Também, de forma similar, houve polaridade em relação aos elementos negativos associados ao cuidado com a doença e os subsídios positivos ligados ao cuidado com a saúde. A diferença foi que a dimensão social, que neste grupo, é incluída no cuidado com saúde em paralelamente à dimensão de bem-estar e destaque para essa dimensão, na segunda periferia relacionada ao termo indutor cuidado com a saúde, o que se reafirma entre os elementos de contraste.

Portanto, revela-se compartilhamento da dimensão negativa no conteúdo central de ambos os tratamentos. E essa tendência é marcada fortemente no grupo da hemodiálise, que identifica o controle como necessário. O tratamento de diálise peritoneal mostra na periferia elementos novos, passíveis de transformação e que reforçam os elementos de bem-estar do NC, com uma tendência à positividade.

Considera-se que não existem representações diferentes entre os tratamentos, somente compartilhamento de conteúdos, cujo sentido se assemelha, e possuem organização diferente do NC.

Ressalta-se que a dimensão funcional do corpo associada ao cuidado com a doença no grupo da hemodiálise (limite de atividade) e diálise peritoneal (trabalho) marca as dificuldades vivenciadas pela pessoa com DRC em tratamento dialítico. Essas evocações acham-se consoantes com a abordagem de Pereira, Santos e Rosi (2012) de que a pessoa com DRC tem sua capacidade funcional reduzida por apresentar anormalidades fisiológicas frequentes, como fraqueza muscular, fadiga e tolerância diminuída para atividade física. E, conseqüentemente, essas alterações demandam modificação nas relações sociais, privações do trabalho, alterações financeiras e ausência de experiências que proporcionem prazer. (PEREIRA; GUEDES, 2009).

Como a definição de uma representação centra-se no núcleo, observa-se que o cuidado com a saúde e a doença no grupo da diálise peritoneal contextualiza a saúde entre a dimensão do bem-estar, biomédica e avaliativa. Especificamente, o acréscimo da dimensão de bem-estar no grupo (“tranquilidade”u, , , “descanso”) vai ao encontro da abordagem de Reis, Oliveira e Gomes (2009), que caracteriza a saúde como a capacidade de se sentir bem diante da vida e do mundo e abarca a funcionalidade orgânica, saudável.

## 5.2 OS CONTEÚDOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA

### 5.2.1 Caracterização dos participantes das entrevistas

Participaram do estudo 52 pessoas com DRC, compreendendo 30 pessoas em tratamento de hemodiálise e 22 em tratamento de diálise peritoneal, cadastradas e acompanhadas nos quatro serviços de nefrologia, A, B, C e D.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O SEXO, IDADE, ESTADO CONJUGAL, ESCOLARIDADE - CURITIBA - 2015

CATEGORIA Variável	HEMODIÁLISE		DIÁLISE PERITONEAL		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	11	36,66	15	68,18	26	50,0
Masculino	19	63,33	07	31,81	26	50,0
<b>Idade</b>						
24 -30 anos	04	13,33	01	4,54	05	9,61
31- 40 anos	06	20,00	04	18,18	10	19,23
41- 50 anos	08	26,66	11	50,00	19	36,53
51- 59 anos	12	40,00	06	27,27	18	34,61
<b>Estado Conjugal</b>						
Vivem com companheiro (a)	14	46,66	14	63,63	28	53,84
Não têm companheiro (a)	14	46,66	06	27,27	20	38,46
Têm companheiro (a) e não vivem com ele (a)	02	3,33	02	9,09	04	7,69
<b>Escolaridade</b>						
Fundamental	15	50,0	15	68,18	30	57,69
Médio	12	40,0	06	27,27	18	34,61
Superior	03	10,0	01	4,54	04	7,69
<b>Tempo Tratamento</b>						
>6m – 1 ano	03	10,00	04	18,18	07	13,46
>1a – 5 anos	05	16,66	12	54,54	17	32,69
>5a – 10anos	10	33,33	06	27,27	16	30,76
>10 anos	13	43,33	00	00,00	13	25,00
<b>Permanência Trabalho</b>						
Sim	08	26,66	03	13,63	11	21,15
Não	22	73,33	19	86,36	41	78,84

FONTE: A Autora (2015).

Entre os participantes entrevistados, conforme tabela 2, encontra-se semelhança nas variáveis sexos feminino e masculino, representando 50% do total quantitativo em ambos os sexos. Porém, entre as categorias de tratamento dialítico, essa distribuição mostra-se com variação importante, e com prevalência dos participantes do sexo masculino na hemodiálise, e correspondendo a 63, 33%, contrariamente ao apresentado na diálise peritoneal, cujo quantitativo expressivo corresponde aos participantes do sexo feminino, em 68, 18%.

Em relação à variável idade, o quantitativo de participantes indica predominância de 36, 53%, na faixa etária de 41 a 50 anos, seguida de 34, 61% entre 51 e 59 anos. Quando comparado os tratamentos dialíticos, a faixa etária de 51 a 59 anos foi expressiva na hemodiálise e corresponde a 40%, diferentemente da diálise peritoneal, que apresenta 50% dos participantes na faixa etária de 41 a 50 anos. Ambos os tratamentos mostram que os grupos estudados são caracterizados por pessoas adultas acima de 41 anos, provavelmente em uma fase produtiva e com múltiplas demandas na vida.

Quando questionados sobre o viver com companheiro (a), 53, 84% dos participantes responderam afirmativamente. Entre os tratamentos, na hemodiálise 46, 66 % relatam viver com o (a) companheiro (a). Já na diálise peritoneal, prevalecem aqueles que afirmam viver com o (a) companheiro (a), com percentagem de 63, 63% revelando que as relações estáveis são as mais frequentes entre estas pessoas (tabela 2). Em ambos os tratamentos, o percentual de pessoas com DRC que relatam ter companheiro e não viver com ele foi igualmente pouco expressivo e semelhante.

Das pessoas com DRC, 57, 69% possuem ensino fundamental, correspondendo a 50% no tratamento de hemodiálise e 68, 18% na diálise peritoneal. Ainda, cabe mencionar que 34, 61% dos participantes possuem o ensino médio, dos quais 40% correspondem ao tratamento de hemodiálise e 27, 27% à diálise peritoneal. Observa-se, nesses resultados, predominância do ensino fundamental e médio, revelando a baixa escolaridade nos participantes estudados.

Na variável tempo de tratamento, houve predomínio de participantes na terapia de hemodiálise no período acima de um e maior de dez anos. Na Hemodiálise, o quantitativo encontrado foi maior entre as pessoas com DRC que possuem período maior que cinco anos e acima de dez anos de terapia, enquanto na, segunda diálise peritoneal, encontram-se quantitativo expressivo na terapia há mais de um ano e cinco anos, seguido dos que estão acima de cinco a dez anos e não sendo evidente o período acima de dez anos.

Desta forma, a permanência destas pessoas no tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal que consistiu no cenário desta pesquisa apresenta uma diferença importante. Os dados revelam que a permanência na terapia de diálise peritoneal começa a declinar após os cinco anos, enquanto que, na terapia de hemodiálise, ocorre a inversão desta permanência.

A variável permanência no mercado de trabalho mostra que somente 21, 15% das pessoas com DRC em tratamento dialítico mantêm vínculo no trabalho. Na categoria tratamento de hemodiálise, o quantitativo de pessoas com DRC que permanecem ativas no mercado de trabalho foi mais expressivo, correspondendo a 26, 26%, enquanto, na segunda categoria de tratamento, encontram-se 13, 63% das pessoas.

Observa-se, nos participantes do estudo, que, embora o tratamento de hemodiálise ofereça menor flexibilidade no tempo para realização do mesmo, consiste no maior grau de permanência do vínculo no trabalho, contrário ao tratamento de diálise peritoneal, cuja realização se dá no domicílio e possui maior flexibilidade de tempo.

## 5.2.2 Os conteúdos semânticos das representações sociais do cuidado à saúde e à doença

### 5.2.2.1 Análise descritiva das classes (*standard*)

Na análise pelo programa Alceste, foram identificadas 52 linhas estreladas, ou seja, 52 UCI, que correspondem ao quantitativo de entrevistas e de participantes do estudo. Conforme os resultados de análise, o *corpus* é composto por 2.957 formas reduzidas distintas, com um total de 26.080 ocorrências. Todavia, para análise *standart*, foram selecionadas as palavras que contêm  $X^2$  mínimo de 4, 67, resultando em 515 palavras analisadas.

O *corpus* foi dividido pelo *software*, em 653 UCE. Destas UCE 500 foram selecionadas para análise, representando 77% de aproveitamento do material exposto. O tamanho da UCE foi determinado pelo número de formas reduzidas contidas em cada uma. Cada UCE encontrou 27 ocorrências de forma reduzidas.

A partir das 500 UCEs selecionadas para análise, o *software* gerou quatro classes. Na tabela 3, observa-se a distribuição das UCEs nestas classes. Constatase que o predomínio textual encontra-se na classe 1, com 38% das UCEs classificadas, seguida da classe 4, com 24%; classe 3, com 21% e, por fim, a classe 2 com 17% das UCEs classificadas.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO QUANTITATIVA DAS UCE NAS CLASSES  
ALCESTE - ANÁLISE *STANDARD* - CURITIBA - 2015

CLASSE	NÚMERO DE UCES CLASSIFICADAS	(%) <sup>(1)</sup>
Classe 1	191	38
Classe 2	87	17
Classe 3	106	21
Classe 4	116	24

FONTE: A autora (2015).

(1) Esta percentagem equivale somente ao quantitativo de UCE classificadas para análise.

Para melhor compreensão da distribuição das UCEs nas classes, precedeu-se a nomeação das classes. Os instrumentos utilizados para este fim foram as

formas reduzidas e as UCE representativas de cada classe. Deste modo, chegou-se à nomenclatura exposta no quadro 1.

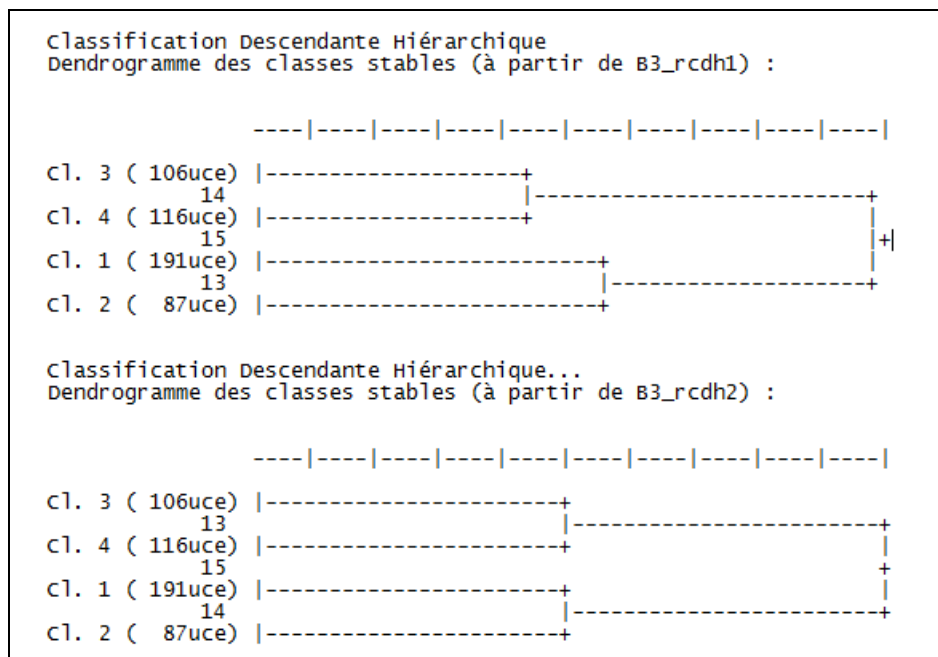
QUADRO 1 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE STANDARD - CURITIBA - 2015

CLASSE	NOME DA CLASSE
Classe 1	O controle e a informação no viver frente à DRC
Classe 2	O contraste entre a imagem do cuidado à saúde e a DRC
Classe 3	O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com DRC
Classe 4	O processo da terapia dialítica, o cuidado e as vivências acerca da DRC

FONTE: A autora (2015).

A fim de constatar se há estabilidade nas classes obtidas, o programa Alceste realiza duas Classes Descendentes Hierárquicas (CDHs) (figura 8), diferenciadas pelo tamanho das UCEs, e as compara. O resultado de estabilidade é indicado pela semelhança nas divisões binárias das duas classificações. De acordo com o exposto na figura 8, o corpus analisado neste estudo possui estabilidade, tendo em vista as divisões binárias apresentarem semelhança nas duas CHDs.

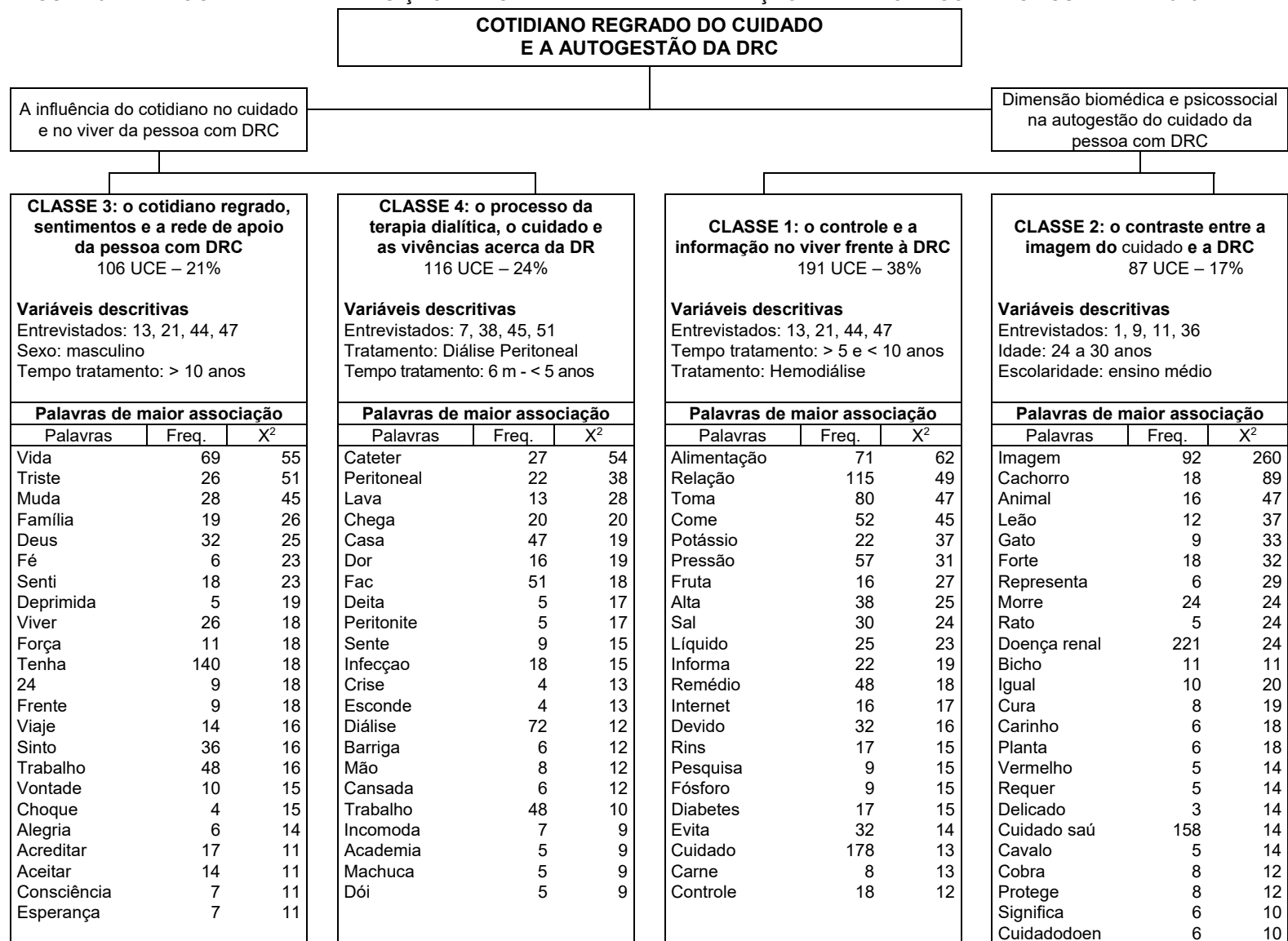
FIGURA 8 - CLASSIFICAÇÃO DESCENDENTE HIERÁRQUICA DAS CLASSES - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

O dendrograma da CDH (figura 9) possibilita visualizar os sucessivos agrupamentos realizados, por meio da análise hierárquica descendente e compreender a relação entre classes de análise. Desta forma, foram atribuídos significados e nomes à intersecção entre as classes.

FIGURA 9 - DENDOGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DAS CLASSES NA REPRESENTAÇÃO DE PESSOAS COM DRC - CURITIBA - 2015



As 500 UCEs foram agrupadas em quatro classes lexicais, que caracterizam o conteúdo essencial presente nos discursos analisados. Observa-se que o programa dividiu as UCEs em um único bloco temático, o qual foi submetido a duas novas subdivisões. Assim, as classes 1, 2, 3 e 4 são resultantes, primeiramente, de um único bloco textual comum, que permite inferir que elas possuem significados complementares; assim como as classes 1 e 2 são resultado do primeiro bloco temático, e as classe 3 e 4 são resultado do segundo bloco temático, permitindo afirmar a existência de conteúdos comuns às mesmas. Internamente, entre os subconjuntos de classes, 3/4 e 1/2, a relação é de oposição de conteúdos, já que o processo de separação das UCEs busca identificar subgrupos em função de seu grau de diferenciação.

Conforme, o dendograma mostrado na figura 9, o *corpus* de análise contém elementos que abordam o tema “Cotidiano regrado da DRC e autogestão do cuidado”, os quais foram progressivamente subdivididos e formaram as classes de acordo com a proximidade de seus conteúdos e a oposição aos conteúdos das outras classes.

Primeiramente, o *corpus* foi dividido em dois subconjuntos de UCEs Denominados de “Dimensão biomédica e psicossocial na autogestão do cuidado da pessoa com DRC” e “A influência do cotidiano no cuidado e no viver da pessoa com DRC”.

O subtema “Dimensão biomédica e psicossocial na autogestão do cuidado da pessoa com DRC” sofreu uma divisão binária, formando as classes 1 e 2, e originou os subtemas “O controle e a informação no viver frente à DRC” e o “O contraste entre a imagem do cuidado e a DRC”.

Por sua vez, o subtema “A influência do cotidiano no cuidado e no viver da pessoa com DRC” sofreu uma divisão binária, formando as classes 3 e 4 e originou os subtemas “O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com DRC” e “O processo da terapia dialítica, o cuidado e as vivências acerca da DRC”.

Com o exposto, é possível destacar que as relações de semelhança entre as classes representadas a partir das divisões binárias efetuadas. O quanto antes estas divisões surgirem, maior grau de semelhança entre os conteúdos e, da mesma forma, maior a oposição entre as classes construídas. Assim, com ênfase na figura 9, são estabelecidas as relações de semelhança e divergência entre as classes Alceste, as quais estão expostas no quadro 2.



QUADRO 2 - RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE AS CLASSES DA ANÁLISE ALCESTE *STANDARD* - CURITIBA - 2015

CLASSE	RELAÇÃO EXISTENTE
Classe 1 e Classe 2	Semelhança: apresentam conteúdos voltados para o cuidado frente à DRC.
Classe 1 e Classe 3	Semelhança: apresenta conteúdos de dimensão avaliativa do cuidado articulado às regras e limitações presentes no cotidiano da pessoa com DRC. (Divergências: a classe 1 não traz os sentimentos e as redes sociais da pessoa com DRC)
Classe 2 e Classe 3	Semelhança: apresentam conteúdos relacionados ao contexto da DRC. (Divergência: a classe 3 não traz elementos de cuidado voltados para a DRC)
Classe 3 e Classe 4	Semelhança: apresentam conteúdos da vivência da pessoa com DRC.
Classe 1, 2 e Classe 4	Semelhança: apresenta conteúdos relacionados ao cuidado acerca da DRC. (Divergência: a classe 1 não traz elementos da vivência frente à DRC)

FONTE: A autora (2015).

Entre as classes 1 e 2 é percebida a relação de semelhança, tendo em vista estas resultarem de uma das últimas divisões binárias ocorridas (figura 9). Ambas comportaram conteúdos voltados para o cuidado frente à DRC. A relação de semelhança também é constatada entre os pares de classes 3 e 4, pois ambas, além de resultarem da mesma divisão binária, apresentam conteúdos da vivência da pessoa com DRC, proximidade confirmada através do dendograma (figura 9).

Entre as classes 1 e 3 observa-se tênue semelhança, isto se deve ao fato de ambas apresentarem conteúdos relacionados à dimensão avaliativa do cuidado em associação ao cotidiano das pessoas com DRC. Contudo, mostram divergência por se oporem quanto à questão dos sentimentos e das redes sociais da pessoa com DRC.

As classes 2 e 3 apresentam semelhanças nos conteúdos relacionados ao contexto. Porém, observa-se divergência quanto aos elementos de cuidado voltados à DRC. Por sua vez, ao analisar as classes 1, 2 e 4, observa-se elevado grau de associação, pois chama atenção o fato de que elas são constituídas por conteúdos sobre o cuidado. Porém há divergência quanto aos elementos da vivência da pessoa com DRC.

Os blocos temáticos e as classes nomeadas foram sumarizados com os conteúdos formadores de cada classe, a partir de dois blocos temáticos supracitados, bem como foi apresentada a análise de cada classe.

## A) Dimensões biomédica e psicossocial do cuidado na autogestão da DRC

### O controle e a informação no viver frente à doença renal crônica (classe 1)

A classe apresenta maior associação entre as pessoas que realizam tratamento de hemodiálise ( $\chi^2=5$ ) e que possuem tempo de tratamento entre cinco e dez anos ( $\chi^2=13$ ). Nesta classe, cada UCE tem, em média, 64 palavras analisadas. Ainda, nas 191 UCEs, foram selecionadas 21 formas reduzidas que apresentaram associação estatística com a classe ( $\chi^2$  e" 8).

De acordo com a figura 9, as formas reduzidas com maior valor de  $\chi^2$  e que apontam para os significados presentes na classe expressam o termo cuid+ ( $\chi^2=13$ ), que está associado com aliment+ ( $\chi^2=62$ ), principalmente o que com+ ( $\chi^2=45$ ), a fruta+ ( $\chi^2=27$ ); que contém potássio ( $\chi^2 = 37$ ), e ainda liga-se aos termos evit+ ( $\chi^2=14$ ), sal+ ( $\chi^2=24$ ), ter atenção com o que tom+ ( $\chi^2 = 47$ ) de líquido+ ( $\chi^2=23$ ), pois possuem relação ( $\chi^2 = 49$ ) com a pres+ ( $\chi^2=31$ ) alt+ ( $\chi^2=25$ ). Igualmente, a pessoa se inform+ ( $\chi^2=19$ ) sobre os rins ( $\chi^2=15$ ), por meio de pesquis+ ( $\chi^2=15$ ) na internet ( $\chi^2=17$ ) que sinaliza o problema como devido ( $\chi^2=16$ ) a alteração de fósforo ( $\chi^2=15$ ) e a diabet+ ( $\chi^2=15$ ).

Entre estes termos, algumas palavras não se encerram em si e possuem contextos semânticos, quais sejam, respectivamente: cuid+, cuida, cuidado, cuidam, cuidando, cuidar, cuidava, cuidei e cuidado; aliment+, alimentação, alimentam, alimentar, alimentava, alimento e alimento; com+, come, comem, comer e comia; fruta+, fruta e frutas; evit+, evitam, evitar e evito; sal+, sal, sala e salada; tom+, toma, tomam, tomando, tomar, tomava, tomei e tomo; líquido+, líquido e líquidos; pres+, presente e pressão; alt+, alta, alteram; inform+, informação, informado, informam, informar, informo e informou; pesquis+, pesquisando, pesquisar, pesquisei e pesquisa; diabet+, diabete, diabetes e diabética.

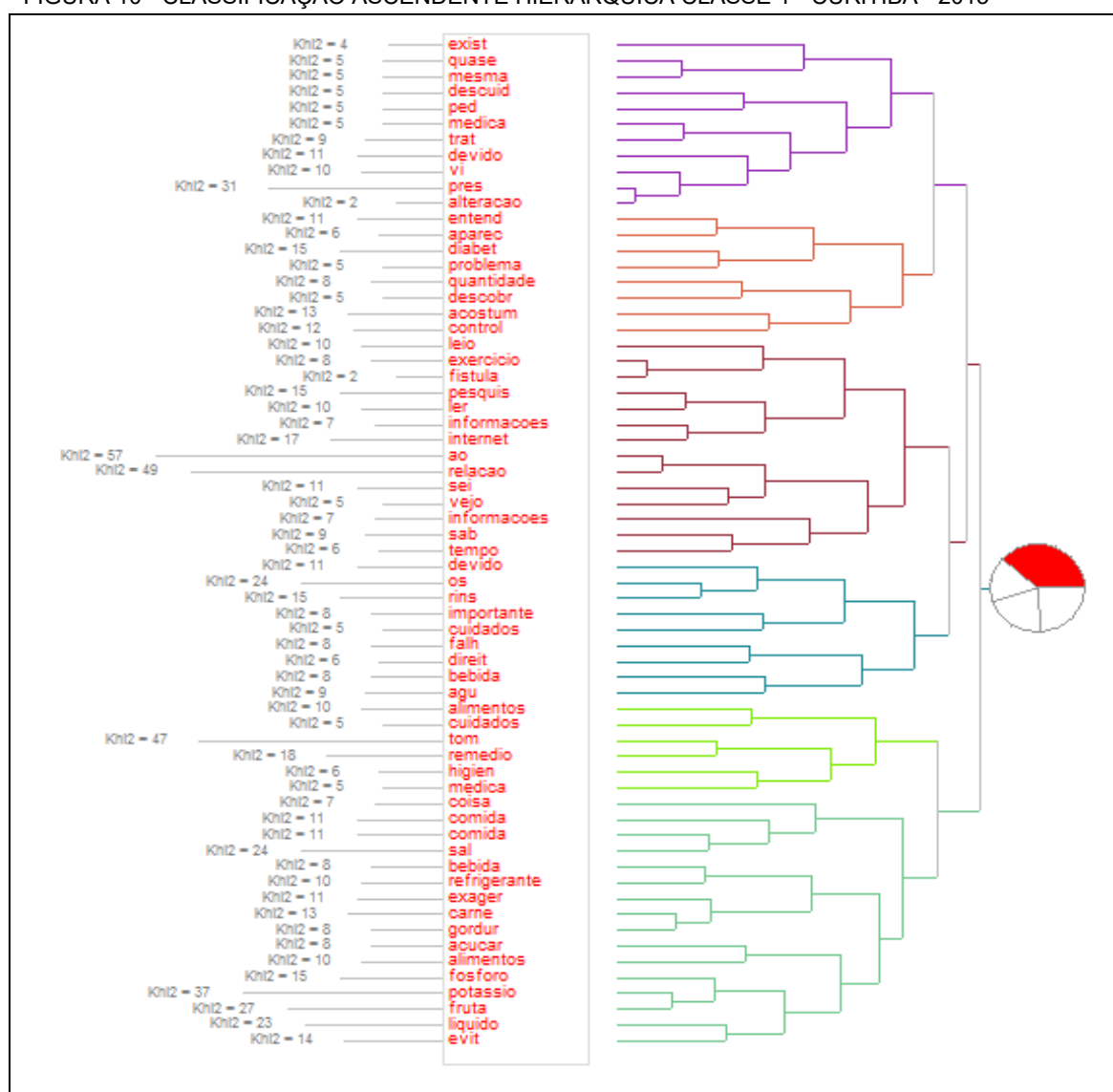
No processo de análise, observa-se que a delimitação dos conteúdos da classe 1 é identificada, de modo mais detalhado, a partir da Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), a qual resulta das divisões binárias sucessivas das formas das formas reduzidas do *corpus* (UCE) da classe, agrupando palavras que dão sentido a esses conteúdos, conformando a totalidade da classe. Através da CAH, as formas reduzidas foram agrupadas em diferentes cores na figura 10, a fim de obter significados mais precisos dos elementos que compõem a classe "O controle e a informação no viver frente à DRC".

Na figura 10 do dendograma, a palavra descuido está associada a tratamento e médico, devido à pressão. Entendimento está ligado a veio com o aparecimento da diabetes, no sentido descoberta da doença. Os vocábulos leio,

pesquisa, informação, internet estão relacionados a exercício e fístula, e expressam o conhecimento sobre o cuidado com a doença. Os vocábulos devido, rins, importante, estão associados a cuidados, à falha da bebida, manifestando a preocupação com o controle da doença. A palavra cuidados também se liga a alimentos, toma, remédio e higiene, que por outro lado, associa-se a comida, sal, bebida e exagero no refrigerante e carne, gordura, e por outro, agregam-se a evitar, líquidos e alimentos com açúcar, fósforo, frutas e potássio.

O dendograma da figura 10 é uma representação gráfica do resultado da CAH apresentada.

FIGURA 10 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015

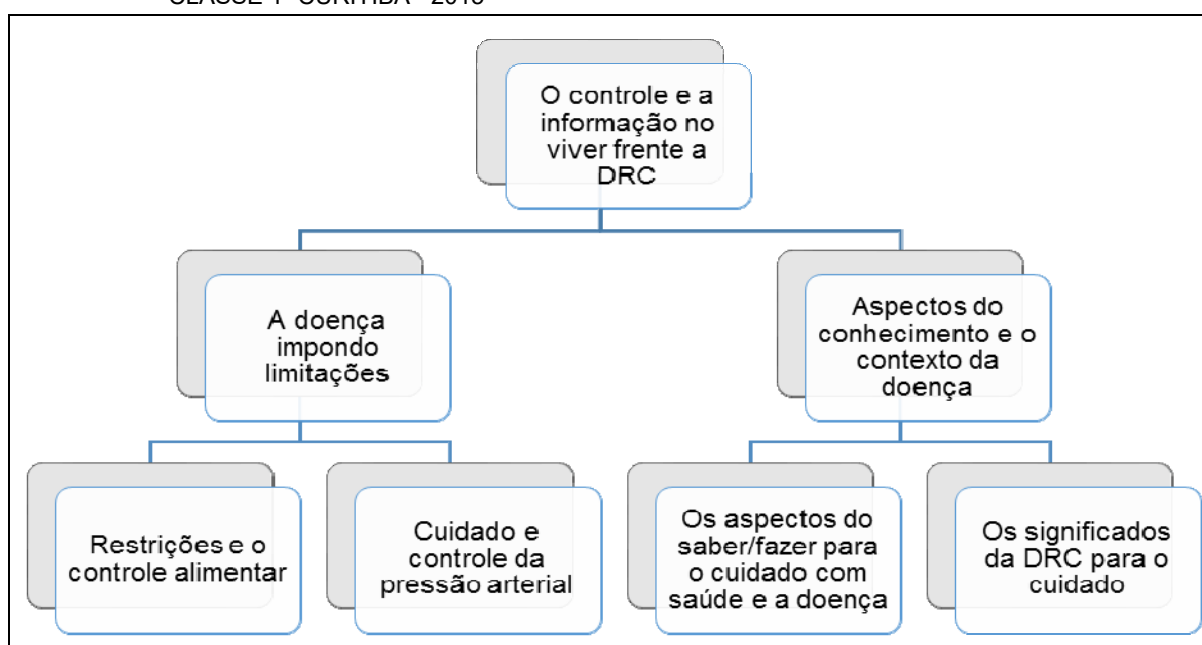


FONTE: A autora (2015).

A partir da análise dos sentidos elaborados pelos grupamentos de palavras na CAH, construiu-se o esquema (figura 11) de categorias e subcategorias, as quais subsidiam a descrição e discussão da mesma.

Destarte, a classe encontra-se dividida em duas categorias (figura 4): “A doença impondo limitações” e “Aspectos do conhecimento e o contexto da doença”. A primeira categoria engloba as subcategorias: “Restrições e controle alimentar” e “Cuidado e controle da pressão arterial”. Já a segunda categoria abarca as subcategorias: “O saber/fazer para o cuidado com a saúde e a doença” e “Os significados da DRC para o cuidado”.

FIGURA 11 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

## A DOENÇA IMPONDO LIMITAÇÕES

### Restrições e controle alimentar

As representações desta subcategoria abarcam as questões específicas que envolvem o cotidiano do cuidado com a saúde e a doença para as pessoas com DRC, tais como a mudança abrupta do estilo de vida e as restrições nutricionais entre outros em diferentes aspectos. A mudança no estilo de vida significa aprender a habituar-se a limitações e formar uma consciência para o controle alimentar,

conviver com preocupações permanentes, ter compromisso em exercer esses cuidados e controlar as emoções por meio da manutenção do bom humor.

A mudança de hábitos alimentares não parece ser uma negociação entre a pessoa com doença renal e suas preferências, mas se constitui em uma imposição para o cuidado com saúde e a doença. É necessário considerar, portanto, que conviver com essa doença requer mudanças no cotidiano e também a revisão de valores, naquilo que a pessoa confia ser relevante para sua vida. O predomínio da noção restritiva do controle reflete uma dimensão negativa da representação de cuidado com a saúde e a doença da pessoa com DRC.

Essa abordagem se confirma mediante as UCEs abaixo:

O cuidado com a saúde, depois de descobrir a doença renal a preocupação é maior. Havia preocupação, mas não tanto assim, hoje tenho consciência. Creio o mais importante é a alimentação que deve ser em quantidade pequena e mais frequente. Cuidar os exames de sangue quanto ao potássio e o fósforo". (\*ind\_25 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1).  $X^2=7$ .

O cuidado com a saúde e não beber e nem comer qualquer coisa. Antes eu não cuidava, hoje cuido. O cuidado com a doença e compromisso, em casa com alimentação, sal, água, tudo". (\*ind\_26 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_1).  $X^2=11$ .

As profundas mudanças na vida da pessoa com DRC, incluindo os hábitos alimentares, sobrecarregam e incorrem em dificuldades em seguir a restrição quantitativa e qualitativa da alimentação e, ao longo do tempo, grande parte dessas pessoas volta a consumir alimentos sem controle (SILVA; BUENO, 2014). Mesmo a pessoa tendo consciência para este controle não faz uso do mesmo, pois se sente frustrada para o mesmo por ter que mudar hábitos e o comportamento alimentar (COUTINHO; COSTA, 2015).

Chilcot (2012) ressalta que as demandas comportamentais como as necessidades de restringir a ingestão de fósforo e alimentos ricos em potássio, reduzir a ingestão de sal e líquidos são estressores significativos na população renal crônica em tratamento dialítico. Este autor ainda acrescenta que a relação entre crenças definidoras das condutas dirigidas à gestão da doença é variável e depende da percepção de ameaça da doença em curso, que, quando não definida como grave (baixa consequência percebida), a necessidade de adaptar o comportamento de saúde para o controle de líquidos pode não ser marcante para o cuidado.

## Cuidado e o controle da pressão arterial

Os fatores intervenientes no cuidado conformam as medidas higiênicas, o uso de medicamentos e controle da pressão arterial. As percepções do cuidado higiênico, associadas ao cuidado com a saúde e a doença da pessoa com DRC, possuem uma relação com a experiência do tratamento e/ou complicações de saúde. Existe o reconhecimento da relação entre a fragilidade física e a predisposição a doenças infecciosas, e, frente à ocorrência, a pessoa relata seguir a orientação recebida do profissional enfermeiro. Observa-se a presença do profissional enfermeiro no tratamento de diálise peritoneal como elemento de referência para adoção destas medidas de cuidado.

Em relação ao cuidado com a saúde, e a medicação e alimentação nas horas certas, evitar comer qualquer coisa, não como o que me prejudica. Em relação ao cuidado com a doença, cuido a higiene, pois tive infecção na barriga e a enfermeira disse que o mais importante é a higiene. (\*ind\_39 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2).X<sup>2</sup>=15

Ao pronunciar-se sobre a relação causa/ consequência da DRC, a hipertensão apresenta relevância. Essa correlação negativa com o efeito da medicação e a progressão para DRC aparece imbricada com práticas nocivas do cuidado à saúde, contraídas anteriormente, como se alimentar e ingerir líquidos de forma inadequada. A figura do profissional médico como determinante para o fortalecimento do controle da pressão arterial também é apontada.

Em relação ao cuidado com a saúde, é importante cuidar da saúde e da doença, ter higiene. Em relação ao cuidado com a doença, peguei a doença renal devido à pressão alta, pois comia coisas que fazem mal e falta de água. (\*ind\_52 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2). X<sup>2</sup>=19.

Quando fui ao médico, a pressão estava alta, achei que era estresse, tomei remédio e ela controlou. (\*ind\_25 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=11.

Existe o conhecimento de que a hipertensão é uma doença relacionada às alterações emocionais da vida conturbada que submete as pessoas a muito estresse. Desse modo, a adesão recomendada para o uso de medicamento é dificultada por não terem clareza sobre os reais efeitos do descuido da pressão arterial em longo prazo e sua relação com a DRC.

Estes achados traçam similaridades com estudo de Mantovani et al. (2011), sobre a representação da hipertensão, que aponta as modificações emocionais e a dificuldade em seguir hábitos adequados à saúde. Observa-se

ainda, que a adesão medicamentosa entre hipertensos sofre modificações em função da autoavaliação negativa relativa à aceitação da doença, por acreditarem que não possuem uma doença crônica e, portanto, não requer cuidados. (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014).

Pagels, Klang e Heiwe (2015) revelam que existe uma consciência diminuída no início da DRC devido à ausência dos sintomas, o que contribui para obter representações diminuídas da doença e pode afetar a autogestão da pessoa e a compreensão das consequências em longo prazo. E assim estes autores advertem que, sob esta condição, em estágios avançados da DRC, a auto culpa surge como uma atribuição causal comum.

## **ASPECTOS DO CONHECIMENTO E O CONTEXTO DA DOENÇA**

### **O saber/fazer para o cuidado com a saúde e a doença**

Esta subcategoria considera que o conhecimento sobre o cuidado com a saúde e a doença é obtido em diversas fontes de informação lado a lado com o contexto do tratamento, através dos meios de comunicação, como a internet, entre outros. Esta é uma prática relativamente comum entre as pessoas com DRC, e relevante para subsidiar o saber associado às decisões clínicas dos profissionais de saúde.

O jornal e a televisão consistem em fontes de consulta, sobretudo quando o assunto são as novas tecnologias sobre o transplante renal. Tais fontes promovem uma articulação poderosa e subsidiam ideias, significados que estão associados às medidas de cuidado construídas no cotidiano da vida destas pessoas, levando-as a elaborar crenças e convicções sobre sua condição atual de saúde. Neste ponto, os meios de comunicação, além de contribuírem para a disseminação de ideias, servem de apoio às escolhas médicas e auxiliam na fomentação da adoção das medidas de cuidado.

O saber em torno do cuidado com a saúde e a doença também envolve o conhecimento dos elementos efetivos, a habilidade em usar emoções e sensibilidade como bases para sua execução. E, neste ponto, o saber/fazer extrapola os aspectos mecânicos do cuidado associados ao controle.

Quando soube da doença renal, pesquisei bastante, o importante é tomar água, cuidar da alimentação e fazer exercícios físicos, o que não faço. Em relação ao cuidado com a doença, deve se cuidar da alimentação e dos medicamentos, além de cuidados especiais com a pressão alta e o sal. (\*ind\_40 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_2).X<sup>2</sup>=30.

Para cuidar da doença renal, precisa ter sensibilidade. Em relação à doença renal, sei muitas coisas, vejo na internet, livros e leio sobre o transplante, hemodiálise. Procuro manter me informado. Em relação ao cuidado com a saúde, primeiro a higiene, o cuidado pessoal, exercício físico e alimentação. (\*ind\_18 \*ida\_1 \*sex\_1 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=18.

Sobre a seleção de informações em pessoas com doença renal crônica, Tout, Davis, Velasquez, Banerjee et al. (2013) lembram que as pessoas com DRC querem informações práticas e específicas para apoiar seus conhecimentos e os esforços de autoatendimento em vez de conselhos gerais de peritos. Além disso, os autores advertem que os materiais educativos impressos devem optar por conteúdos centrados na pessoa, com qualidade de imagens, frases curtas, mais fáceis de entender, assim promovem melhoria na confiança e, possivelmente, nos resultados de saúde.

### **Os significados da DRC para o cuidado**

Essa subcategoria aborda os significados construídos na experiência mediante os efeitos do tratamento, assim como sentimentos e percepções acerca do cuidado com a saúde e a doença. Observa-se consenso de que a DRC é uma moléstia que fragiliza em decorrência do cansaço e da fadiga promovida após o tratamento dialítico. Dessa forma, o tratamento possui um efeito negativo sobre o corpo e incorre em sentimentos de perda da vitalidade e, conseqüentemente, ruptura social com decréscimo na qualidade de vida. A falta de energia descrita nesta pesquisa também foi abordada por outros investigadores. (CALVEY; MEE, 2011).

A compreensão de que a DRC é complexa implica o entendimento do seu caráter invasivo, capaz de produzir alterações em outros órgãos do corpo. Por isso, a preocupação em buscar atendimento médico, a qualquer sinal de inconformidade. Neste ponto, estabelece-se uma relação de proximidade e dependência com este profissional. O medo de complicações e a frustração são constantes.

Cuido da alimentação e exercício físico, antes fazia capoeira, no início da diálise. Com o tempo, não agüentei, fiquei debilitado. Em relação ao cuidado com a doença, a alimentação tanto o que come e a quantidade. No início eu tinha dieta, tinha o hábito de comer a cada três horas. (\*ind\_19 \*ida\_1 \*sex\_1 \*tem\_4 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=8.

Agora procuro o médico, quando tenho algum problema corro para ver o que é, para não deixar atingir outros órgãos do corpo. O cuidado com doença, procuro cuidar do líquido, alimentação e rotina. Tem que cuidar, pois não sabemos o dia de amanhã e pode ser pior. (\*ind\_11 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=7



Entre as complicações, a coexistência de outras doenças como a diabetes e hipertensão é problemática para manter o controle, já que se sobrepõe o caráter proibitivo na alimentação e exige acompanhamento de outras especialidades clínicas, no caso da diabetes. A percepção de saúde como um bem precioso sobreveio ao diagnóstico da DRC, pois as pessoas se sentem culpadas por não terem aderido ao tratamento prescrito anteriormente. Além disso, diante dessa constatação sobre a importância do cuidado com a saúde, ocorre a propagação positiva do conhecimento adquirido na experiência do adoecimento.

O cuidado com a saúde, hoje penso que tenho que cuidar. Tenho diabetes, pressão alta e nunca tomava remédio. Quando cai na doença renal, comecei a ver e dar conselhos aos outros".( ind\_29 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_1 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1). $X^2=5$ .

As crenças em relação à saúde são importantes para entender a resposta à doença crônica, as quais se manifestam de maneira diferente entre as distintas terapias de diálise e estão igualmente associadas à qualidade de vida e saúde mental (THEOFILAU, 2012). Para este autor, estas pessoas são confrontadas com estressores do tratamento e limitações nos alimentos, gestão de líquidos, sintomas físicos, entre outros, além da perda do autoconceito, autoestima, sentimentos de incerteza quanto ao futuro, sentimento de culpa em relação à família e problemas de domínio social.

## **B) Dimensão biomédica e psicossocial do cuidado na autogestão da DRC**

### ***O contraste entre a imagem do cuidado e a DRC (classe 2)***

Composta por 87 UCEs (17%), esta classe apresentou associação estatisticamente significativa entre pessoas com DRC, com idade entre 24 e 30 anos, nível de escolaridade ensino médio, e reflete os elementos de representações projetados por estas sobre a imagem do cuidado com a DRC. Nesta classe, cada UCE tem, em média, 30 palavras analisadas. Entre as 87 UCEs, foram selecionadas 21 formas reduzidas que apresentaram associação estatística com a classe ( $X^2$  e 5).

As formas reduzidas (figura 9) com maior valor de  $x^2$  e que apontam para os significados presentes na classe são: A imagem (  $x^2= 260$ ) da doença renal ( $x^2=24$ ) está associada a um bich+ ( $x^2=24$ ) como o rato ( $x^2=24$ ) e cobra ( $x^2=12$ ), que representa ( $x^2=29$ ); morrr+ ( $x^2=24$ ) e não tem cura ( $x^2=19$ ), pois é igual ( $x^2=20$ ), a uma planta ( $x^2=18$ ). A imagem do cuidado saúde ( $x^2= 14$ ) é um anim+ ( $x^2=47$ ), que

deve ser forte ( $x^2=32$ ) como o leão ( $x^2=37$ ) e o cavalo ( $x^2=14$ ), mas também é delicado ( $x^2=14$ ) como o gato ( $x^2=33$ ) e o cachorr+ ( $x^2=89$ ), que requer ( $x^2=14$ ) atenção como o vermelh+ ( $x^2=14$ ) e necessita carinh+ ( $x^2=18$ ).

Dentre estes termos, algumas palavras não se encerram em si e possuem contextos semânticos, tais como: bich+, bichinho, bicho; morr+, morre, morrer, morreram; anim+, animais, animal, anime; cachorr+, cachorrinho, cachorro; vermelh+, vermelho e carinh+, carinho.

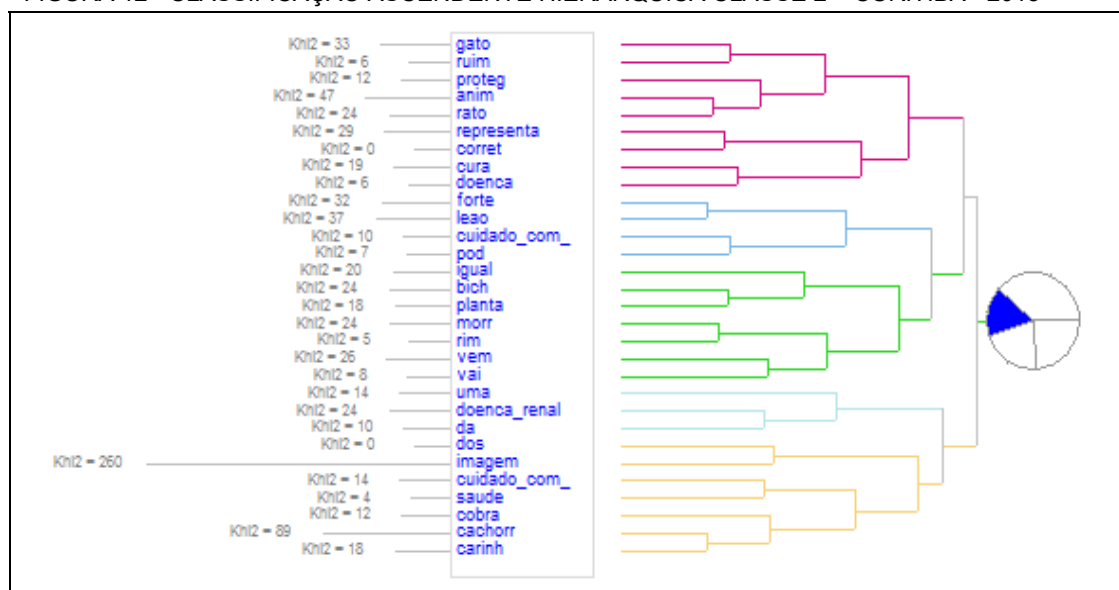
Como parte do processo de análise, a demarcação dos conteúdos da classe 2 é evidenciada de forma detalhada a partir da CAH, a qual agrupa palavras que dão sentido a esses conteúdos. A CAH mostra as formas reduzidas agrupadas em diferentes cores na figura 12, o que proporciona a obtenção de significados coerentes dos elementos que compõem a classe “O contraste entre a imagem do cuidado e a DRC”.

Na figura 12 do dendograma, a palavra rato está associada a ruim, ao contrário de gato, que protege e representa a cura da doença. E ainda, o cuidado com a doença pode ser um animal forte como o leão, pois o rim é igual a uma planta que morre e vem a doença renal. A imagem do cuidado com a saúde é como um cachorrinho que precisa de carinho, diferente da cobra, que é perigosa.

Assim, a demarcação da classe se complementa de forma detalhada mediante o conjunto de palavras presente na CAH, resultante da divisão binária sucessiva das formas reduzidas do *corpus* (UCE).

O dendograma da figura 12 consiste em uma representação gráfica do resultado da CAH apresentada.

FIGURA 12 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 2 – CURITIBA - 2015

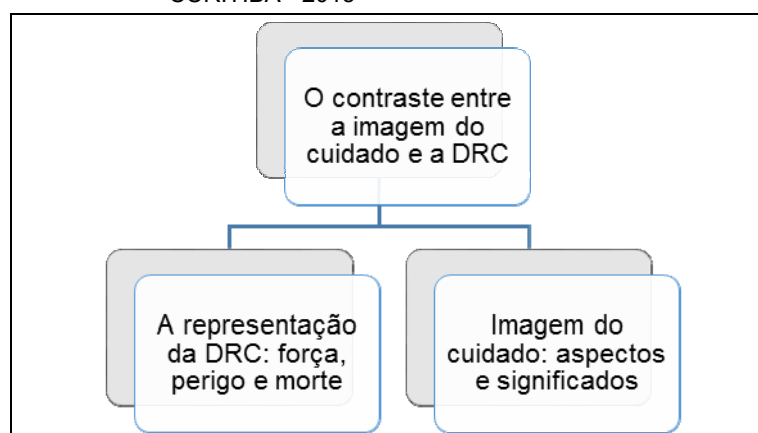


FONTE: A autora (2015).

A partir da análise dos sentidos elaborados pelos grupamentos de palavras na CAH construiu-se o esquema (figura 13) de categorias e subcategorias, as quais subsidiam a descrição e discussão da mesma.

Destarte, a classe encontra-se composta de uma categoria (figura 13): “Contraste entre a imagem do cuidado e da DRC”, subdividida em duas subcategorias: primeira subcategoria: “A representação da DRC: força, perigo e morte”; segunda subcategoria “Imagem do cuidado: aspectos e significados”.

FIGURA 13 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

## O CONTRASTE ENTRE A IMAGEM DO CUIDADO E A DRC

### A representação da DRC: força, perigo e morte.

Nesta subcategoria, predomina a noção negativa da representação da DRC que significa algo ruim, perigoso e ameaçador, objetivada enquanto animais temidos como o jacaré e o leão. Semelhante a uma planta que possui veneno, existe o entendimento de que a doença se iguala ao elemento tóxico e impregna a vida de quem a possui. Os participantes confirmam que a ameaça ligada à doença concebe o medo da morte, haja vista que a mesma possui característica invasiva.

O tratamento e a higiene consistem em medidas de cuidado que protegem o organismo da natureza agressiva da doença e contribuem favoravelmente para seu controle. Destaca-se que um dos grandes desafios da doença é submeter-se à rotina da terapia dialítica. E, sobretudo, a doença é comparada à força de um leão que requer enfrentamento diário, como submeter-se à terapia dialítica.

A imagem da doença renal é um jacaré, uma onça ou um leão porque são perigosos. A doença renal é ruim parecida com estes animais. (\*ind\_46 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2). X=44.

A imagem da doença renal é a planta comigo-ninguém-pode porque é venenosa. (\*ind\_30 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_1). X=38.

Nesse caso, não foi inflamação que infiltrou no rim e o medicamento não consegue combater. Em relação à doença renal, sei que ela é perigosa e pode levar à morte, se não tiver higiene e não for feito adequadamente o tratamento. (\*ind\_39 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2). X<sup>2</sup>=25.

Igualmente, a moléstia é objetivada por um rato e está associada à ausência de higiene e limpeza, conseqüentemente, produz sentimentos de repulsa e medo. Assim, o asseio, a limpeza são elementos protetores de cuidado com a doença ligada à diálise peritoneal. A imagem do rato assemelha-se ao caráter hostil da planta comigo-ninguém-pode no que diz respeito a transmitir a doença e o da serpente, devido a sua característica traiçoeira, ágil e o poder de destruição. Tais aspectos ressaltam as particularidades da DRC como doença sistêmica, que, uma vez instalada, tem potencialidade para comprometer outros órgãos.

Possuir a doença significa ser excluído do convívio social, pois se sentem diferenciados e, conseqüentemente, poderão sofrer preconceito. Ressalta-se a característica avassaladora da doença como algo que veio para furtar e varrer aspectos da vida que se tinha antes da doença. Esses resultados assemelham aos encontrados no estudo de Campos et al. (2015), que revelam as representações de adoecimento renal crônico como algo ruim, que afeta as pessoas e as incapacita, além de manifestar a diferença e interromper projetos de vida.

A imagem da doença renal é um rato porque o rato transmite doença, ele é excluído pela sociedade, ele gosta de sujeira, não tem higiene. Detesto rato e tenho medo deles. (\*ind\_04 \*ida\_2 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=30.

“Eu coloco os pés na serpente e para acabar, este é o pior bicho para sociedade, pois vem matar, roubar e destruir”. (\*ind\_23 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_3 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=26.

A imagem da doença renal é uma cobra traiçoeira ou uma rosa cheia de espinhos. (\*ind\_15 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=21.

O desconhecimento das causas que ocasionam a DRC, bem como o tratamento e suas dificuldades, é considerado um pesadelo, pois confiam ser esta uma doença de tratamento complicado (COSTA; COUTINHO, 2014). A dependência da tecnologia e a presença da dor são situações que levam as pessoas com DRC a conviverem com a experiência da morte a cada dia (MELO, 2015).

## **A imagem do cuidado: aspectos e significados**

Essa subcategoria aponta que o cuidado com a saúde e a doença exige manutenção da rede de apoio, como família, amigos e acolhimento da equipe profissional, pois a pessoa com DRC requer proteção e amparo. Destaca a importância das relações interpessoais harmoniosas, afetivas que envolvem atenção carinho e amor para promoção do cuidado com a saúde e com a doença. A tranquilidade e delicadeza são condições essenciais ao cuidado com a doença. Nota-se que, entre os aspectos biológicos do cuidado com a saúde, a higiene aparece como primordial e indispensável.

A imagem do cuidado à saúde foi objetivada igualmente em animais que protegem, são afáveis e acolhedores, levando os participantes do estudo a identificarem a saúde como algo suscetível que requer amparo e, sobretudo, atenção e carinho. Nesta ótica, o cuidado com a doença foi objetivado com a imagem da cor azul, evidenciando o sossego e a tranquilidade como elementos relevantes para o cuidado.

A imagem do cuidado com a saúde é um animal que protege. A imagem do cuidado com a doença é a cor azul porque é tranquilo. (\*ind\_46 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2).  $X=44$

A imagem do cuidado com a saúde é um cachorrinho porque é tratado igual a uma criança. Se cuidar bem dele, vai criá-lo bem amoroso e, se judiar, vai ser mal-humorado. Ele precisa de carinho. A saúde precisa ser cuidada com carinho". (\*ind\_17 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_1).  $X^2=29$

Ressalta-se que a convivência harmoniosa da família com demonstração de afeto mútuo e a estrutura de apoio afetivo como ter alguém próximo, esposo (a), companheiro (a) auxiliam a enfrentar a doença crônica (COSTA; COUTINHO, 2014). O fato de sentir-se desamparado acresce o sofrimento e dificulta a entrada na terapia, conseqüentemente oferece risco à vida (SANTOS; VALADARES, 2011). Mais do que simplesmente apoiar, destaca-se o aspecto interativo e relacional que subsidia a condição para o cuidado.

## **C) A influência do cotidiano no cuidado e no viver da pessoa com DRC**

### ***O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com DRC (Classe 3)***

Essa classe exhibe maior associação entre pessoas do sexo masculino ( $x^2=3$ ) e que possuem tempo de tratamento > que dez anos ( $x^2=4$ ). Nessa classe, cada UCE tem em média 40 palavras analisadas. Dentre as 106 UCEs foram selecionadas 23 formas reduzidas que apresentaram associação estatística com a classe ( $x^2$  e 5).

As formas reduzidas (figura 9) com maior valor de  $x^2$  e que apontam para os significados presentes na classe são: A vid+ ( $x^2=55$ ) liga-se a mud+ ( $x^2=45$ ), foi um choq+ ( $x^2=15$ ), pois senti+ ( $x^2=23$ ) trist+ ( $x^2=51$ ), que está associada à viv+ ( $x^2=18$ ) deprimid+ ( $x^2=19$ ). E ainda, possui uma associação com o limit+ ( $x^2=18$ ) para a viaj+ ( $x=16$ ) e trabalh+ ( $x^2=16$ ), O que deu ( $x^2=25$ ) forc+ ( $x^2=18$ ) de vontade ( $x^2=15$ ) frente ( $x^2=18$ ) a isso foi a família ( $x^2=26$ ) e a fé ( $x^2=23$ ) que está associada a ter consciência ( $x^2=11$ ), esperança ( $x^2=11$ ) e aceit+ ( $x^2=11$ ) para que se tenh+ ( $x^2=18$ ) alegr+ ( $x^2=14$ ).

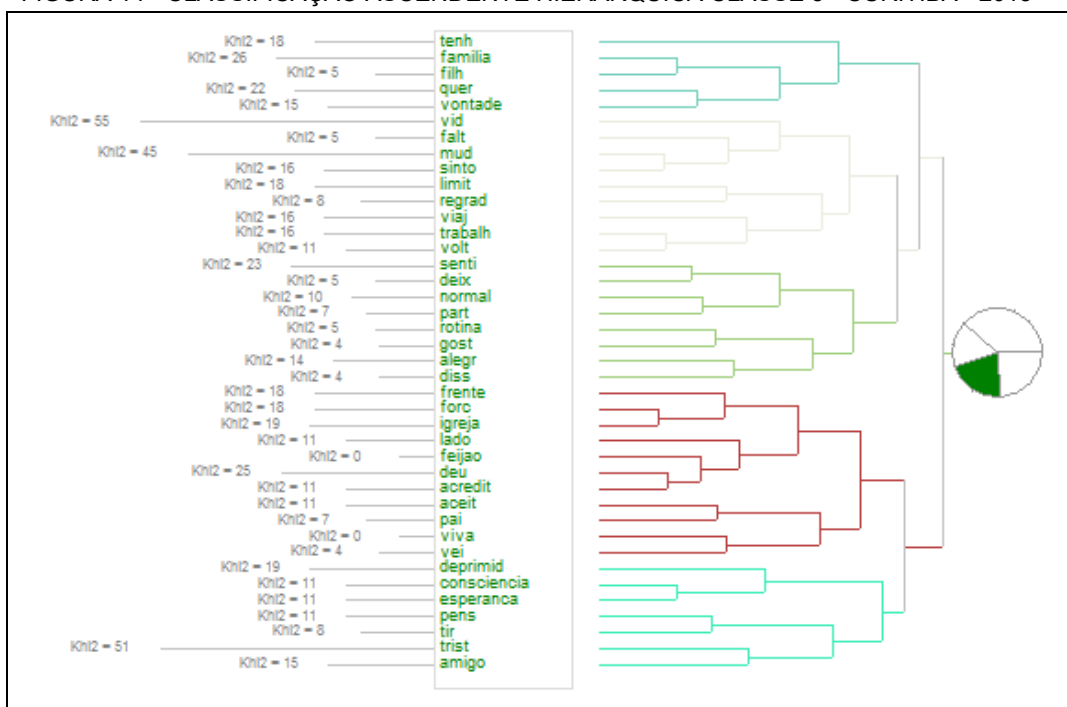
Destas, algumas formas, não se encerram em si e possuem contextos semânticos, quais sejam, vid+ e vida; mud+, muda, mudei e mudar; choq+, choca, chocado e chocou; sent+, sentimento e sentimentos, trist+, triste e tristeza, viv+, vive, viver, vivia e vivo; deprimid+ e deprimida, limit+, limita, limitada, limitaram e limite, viaj+, viajar, viajava e viaje, trabalh+, trabalha, trabalham, trabalhando, trabalhei, trabalhava e trabalho; deu+, deu e deus; forc+ e força; aceit+, aceitou, aceitar, aceitava, aceitei e aceito; tenh+, tenha e tenho; alegr+, alegre e alegria.

Assim, a partir destas formas reduzidas e conteúdos semânticos, é possível compreender que o conteúdo geral da classe aborda o cotidiano da pessoa com DRC, seus sentimentos, percepções e a rede de apoio como elemento de força que lhe permite seguir em frente. O dendograma da CAH (figura 17), resultante da divisão binária sucessiva de formas reduzidas do *corpus* (UCE), possibilita uma delimitação dos conteúdos expressos, por meio do agrupamento das formas reduzidas e relações entre si.

Na figura 14 do dendograma, a palavra tenha, família e filho sinaliza o motivo para que se tenha vontade de viver. A vida muda e fica regrada, se sente limite, pois falta viajar e voltar a trabalhar, a qual se associa a deixar a alegria e a rotina, disso e daquilo que se gosta. Frente a isso, a força veio da igreja, por acreditar no pai, em Deus e aceitar o que veio e ainda, ter consciência de que a esperança tira a tristeza e a depressão como um amigo.

O dendograma da figura 14 é uma representação gráfica do resultado da CAH apresentada. Através da CAH, as formas reduzidas foram agrupadas em diferentes cores na figura 15, a fim de obter significados mais precisos dos elementos que compõem a classe “O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com DRC”.

FIGURA 14 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 3 - CURITIBA - 2015

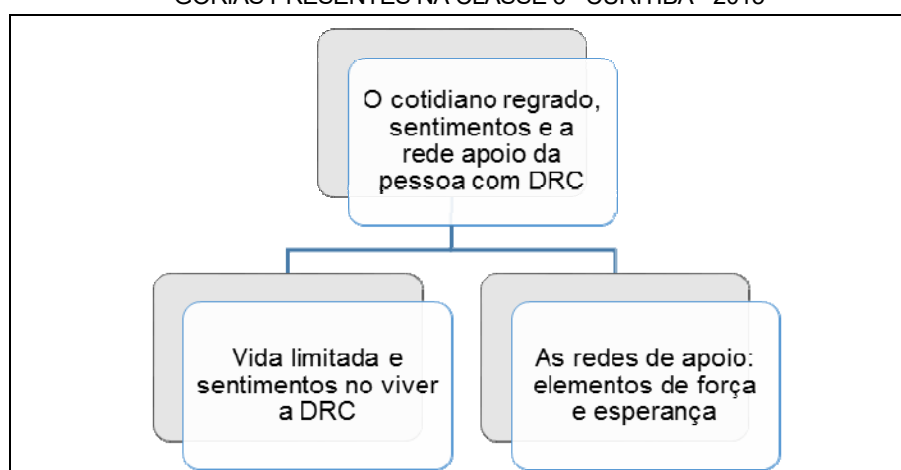


FONTE: A autora (2015).

A partir da análise dos sentidos elaborados pelos agrupamentos de palavras na CAH, construiu-se o esquema (figura 15) de categoria e subcategorias, os quais subsidiam a descrição e discussão da mesma.

Destarte, a classe encontra-se composta por uma categoria (figura 15): “O cotidiano regrado, sentimentos e a rede de apoio da pessoa com DRC”, subdividida em duas subcategorias: primeira subcategoria: “Vida limitada e sentimentos no viver a DRC” e “As redes sociais: elementos de força e esperança”.

FIGURA 15 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 3 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

## **O COTIDIANO REGRADO, SENTIMENTOS E A REDE DE APOIO DA PESSOA COM DRC**

### **Vida limitada e sentimentos no viver a DRC**

Essa subcategoria descreve a doença como algo temível, pesado, que impõe limites e produz mudanças radicais no viver da pessoa com DRC. A mudança brusca que sobreveio à doença abarca o período inicial de choque, tristeza e revolta, que os levam a questionamentos sobre o adoecimento e a aceitação da nova condição. E, ainda, quando o fardo lhe parece pesado, às pessoas com DRC, a angústia as leva à depressão e a sentimentos de depreciação com a própria vida.

Entre as dificuldades, a perda da condição de ser saudável para manter suas atividades, a interrupção do convívio social produzem tristeza e depressão. As mudanças de lugar para buscar o tratamento, deixando a vida perto dos amigos e familiares, romper vínculos sociais também incorreram em grande impacto no viver dessas pessoas.

Sobre a doença renal é chato, que tinha uma vida agitada, viajava bastante, fazia academia, estava sempre passeando, agora fico limitada a isso. (\*ind\_34 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_2). X=10.

Queria ser forte, para dar três foçadas. Tinha vontade de arrumar minha vida com meu trabalho. Não ter realizado isto, morar no Mato Grosso, pois, sem saúde, não moro onde quero, não posso viajar. (\*ind\_10 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_1). X<sup>2</sup>=11.

Calwey e Mee (2011) definem o conflito percebido na rotina normal e variação de papéis na vida da pessoa com DRC como autofuncional, pois ela experiencia as dificuldades de fazer as atividades devido à perda de três dias na semana, no caso da hemodiálise, e o efeito negativo é acrescido sobre a sua capacidade de trabalho, resultando em perda de salário e impossibilidade de ser contada como confiável.

### **As redes sociais: elementos de força e esperança**

Essa subcategoria descreve a família, a religião e a espiritualidade, o trabalho e o transplante como elementos de força e esperança para as pessoas com DRC, que diretamente produzem alicerces na vida cotidiana, fortalecendo-as e auxiliando-as para seguir em frente e melhorar as relações com o cuidado com a saúde e a doença.



Os relatos das pessoas com DRC reafirmam o sentimento de culpa em relação ao cuidado com a saúde, no sentido da perda da condição normal. A respeito disso, elas refletem acerca dos seus relacionamentos e vínculos afetivos. A pessoa com a DRC frente ao adoecimento vive um momento cruel, pois reconhece suas limitações na vida, sua proximidade da finitude, que a leva a pensar nas responsabilidades com as raízes afetivas. Coexistir nessa nova condição produz sentimentos de medo e preocupações, pois a família e, especificamente, os filhos são âncoras, uma vez que dão a ela segurança e trazem a vontade de viver.

A rede social da família consiste em força enquanto fonte de apoio e conforto que produz ânimo e coragem. Todavia, muitas vezes, os laços afetivos são rompidos e a pessoa busca outras bases que os sustentem. Observa-se que, neste caso, existe a sublimação do lado afetivo relacionado ao companheirismo da presença física do outro. A busca da religião e da espiritualidade significa conforto e dedicação na tentativa de suprir essa lacuna do convívio social/afetivo.

Sobre o cuidado com a saúde, tenho um sentimento muito grande com minha saúde, pois eu era normal. Preocupo-me com a família, pois tenho duas filhas. Sobre o cuidado com a doença, isso pesa, foi uma parte da minha vida que deixei. Fico desanimado e, se chegar a parar o tratamento, o mundo cai. (\*ind\_39 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2) X<sup>2</sup>=29.

O que me fortalece é minha família. Tenho tristeza. Sobre o cuidado com a saúde tive tristeza no começo, pois queria manter a casa um brilho como era. Sobre o cuidado com a doença me sinto triste. Meu marido, quando me vê assim, me leva para passear, eu choro e volto bem. (22 \*ind\_22 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1) X<sup>2</sup>=14.

Na parte do namoro, eu abandonei, não procurei mais, hoje me converti na religião e isso foi resolvido e sublimado. Hoje não é a religião, mas a questão da convivência e do amor. (\*ind\_32 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2).X<sup>2</sup>=14.

As redes sociais estabelecidas na busca pela religião e a espiritualidade consistem em fontes importantes de recursos, promotoras de fortalecimento das potencialidades das pessoas com DRC para lidarem com as dificuldades enfrentadas cotidianamente nas suas experiências de ministrarem seu cuidado. O cuidado com a saúde e a doença é reforçado mediante o amadurecimento e convivência diante do adoecimento renal. Os participantes reconhecem que o amor próprio é a base para o entendimento da sua condição e a convivência com Deus conforma uma força que os mantém e impulsiona para o cuidado. Assim, o cuidado com a doença não consiste numa carga pesada difícil de conduzir, ele é realizado com tranquilidade e satisfação.

A religião e a espiritualidade aparecem imbricadas, só é possível distinguir a religião quando os participantes fazem menção explícita a sua comunidade religiosa, exemplo a “igreja evangélica”. Neste enfoque, referem-se à crença em uma força divina, que tem poder acima de tudo e está ligada a uma doutrina específica. E a espiritualidade trata de uma orientação filosófica que produz comportamento e sentimentos de esperança e fé na vida.

Nunca fiquei deprimida, procuro não pensar na doença renal. No começo, eu tinha tristeza, sempre fui religiosa, hoje me apego a Deus e isso me fortalece, pois tudo que peço ele atende. (\*ind\_47 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2).  $X^2=11$ .

Hoje amadureci o suficiente para seguir em frente. Sobre o cuidado com a saúde, precisa ter amor próprio, pois ninguém vai me dar. Eu busco força em Deus acima de tudo. Eu acreditava em Deus, mas não era devoto. Hoje sou evangélica, faço parte de um grupo na igreja, viver com Deus me fez crescer, me sinto forte e toda a rejeição caiu por terra. (\*ind\_23 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_3 \*dial\_1).  $X^2=18$ .

Entre as esperanças que os movem, o trabalho conforma uma fonte de apoio e entusiasmo. O trabalho está intimamente ligado ao bem-estar físico, material e emocional, especificamente a alegria em voltar ao trabalho foi considerada como importante para manter a qualidade vida.

Acredito que talvez tenha sido um pouco de excesso que causou a doença renal. Minha esperança é voltar a trabalhar. (\*ind\_39 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2)  $x^2=13$ .

Ela disse que preciso tomar todos os remédios, mas, se for para eu voltar a trabalhar, eu volto. Isso é o que mais de me deixa alegre na vida, poder trabalhar como eu trabalhava. (\*ind\_39 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2)  $x^2=11$ .

Ainda se nota que a crença na força divina interfere positivamente em manter a esperança de ter uma vida dita “normal” anterior à experiência da doença. A probabilidade de receber um órgão novo, “rim”, traz expectativa de renovação, mas também de medo e apreensão vividos frente a esta possibilidade. Essa perspectiva é frustrada mediante o fato de depender de outros familiares para obter o rim novo. Sentimentos como o receio da perda e falha do procedimento oscilam com a esperança de poder sair do tratamento dialítico.

Existe uma preocupação em fazer o transplante, fico apavorada com isso, pois tenho um painel muito alto e tirar o rim de minha irmã, me questiono se rejeitar e penso em não fazer, acho que pode agravar. (\*ind\_34 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_2)  $x=10$ .

Para mim, é isso ou o transplante, mas, na minha família, não tem doador, tenho um filho de 22 anos e dele não quero. O cuidado com a saúde até agora estou bem, eu nunca me cuidei, procuro comer se tenho vontade. Agora me limito, mas não deixo de comer, embora tenha coisas que evite. (\*ind\_51 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2)  $\chi^2=11$ .

A doença renal crônica (DRC) impõe a pessoa numerosas tensões físicas e psicossociais que desafiam sua visão de mundo, ela mesma e seu futuro. Assim, os fatores espirituais desempenham um papel importante na adaptação da doença e da qualidade de vida, pois a religião envolve crenças e atividade de um grupo de fé em particular e pode consistir em uma expressão para a espiritualidade, que se refere aos valores transcendentais pelos quais se encontra sentido na vida. (DAVISON; JHANGRI, 2010).

De modo que a pessoa, nesta condição, busca a construção existencial da espiritualidade devido à necessidade de obter respostas satisfatórias sobre as questões relacionadas ao sentido da vida frente à doença e a possibilidade da morte. No caso do transplante de rim de doador vivo, está associado ao benefício de sobrevivência do enxerto quando comparado ao transplante de doador falecido (GUIRADO et al., 2008). Além disso, submeter-se ao transplante de rim pode evitar ou minimizar as consequências físicas, sociais e negativas e emocionais da diálise em longo prazo.

#### **D) A influência do cotidiano no cuidado e no viver da pessoa com DRC**

##### ***O processo da terapia dialítica, o cuidado e as vivências acerca da DRC (classe 4)***

A classe 4 apresenta maior associação entre pessoas do tratamento de diálise peritoneal ( $\chi^2=16$ ) e que possuem tempo de tratamento entre seis meses e < que um ano ( $\chi=3$ ) e tempo de tratamento > um ano e > cinco anos ( $\chi^2=16$ ). A classe mostra que cada UCE tem em média 49 palavras analisadas. Dentre as 116 UCEs, foram selecionadas 22 formas reduzidas que apresentaram associação estatística com a classe ( $\chi^2$  e 4).

As formas reduzidas (figura 9), com maior valor de  $\chi^2$  e que apontam para os significados presentes na classe são: a palavra cheg+ ( $\chi=20$ ) em cas+ ( $\chi=19$ ), lavo mão+ ( $\chi=12$ ), deit+ ( $\chi=17$ ) fac+ ( $\chi=18$ ) a diális+ ( $\chi=12$ ) peritoneal ( $\chi=38$ ) estão

associadas e retratam a rotina do tratamento de diálise, e por outro lado, ligam-se ao termo cans+ (x=12) do cateter+ (x=54) que incomod+ (x=9) e precisa escond+ (x=13) no trabalho (x=10) e na academia (x=9), pois machuc+ (x=9) e dói (x=9). A palavra sent+ (x=15) e crise+ (x=13) de dor+ (x=19) na barriga (x=12) estão ligadas ao sinal de infecção (x=15), à peritonite (x=17).

Destes, alguns termos não se encerram em si e possuem contextos semânticos, chega+, chega, chegando, chegar, chegava, chego e chegam; cas+, casa e casada; mão+, mão e mãos, deit+, deitado, deitar e deita; fac+ e faço; dialsi+ e diálise; cans+, cansada, caseira e cansa; cateter+, cateter e cateteres; incomod+, incomodar e incomoda; escond+, esconder e escondo; machuc+ e machucar; sent+, sente, sentia e sentiu; crise+, crise e crises; e dor+, dor e dores.

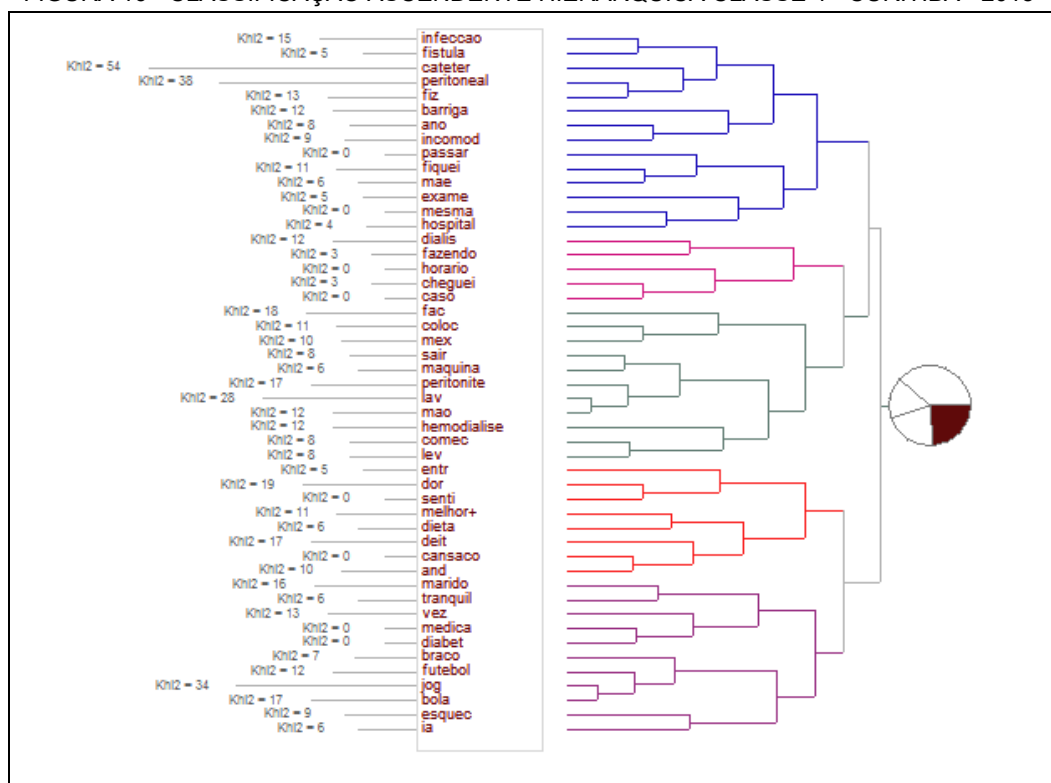
A partir destas, comprovou-se a presença de conteúdos relacionados a conceitos e conhecimentos construídos pelo grupo acerca do processo da terapia dialítica, os cuidados e vivências acerca da DRC. Uma maior demarcação dos conteúdos da classe é observada no dendograma de sua C.A.H (figura 16), pois seu agrupamento lhes confere relações e significados entre si.

Na figura 16 do dendograma, os termos infecção e fístula, sinalizam o motivo do exame, os quais se ligam a fiquei com a mãe no hospital para passar o cateter na barriga, que, por sua vez, associa-se a incomoda, e ainda subentende que fiz um ano, nessa terapia. Os termos no horário e diálise se ligam a chego e casa, e os termos coloco e máquina, caracterizam a rotina do tratamento e se associam a mexer, lavo, mão e peritonite e indicam que a quebra da mesma levou aos termos começar e hemodiálise.

Os termos senti e cansaço ligam-se a melhora e dor e deitar, que, por sua vez, possui correspondência com os termos marido e tranquilo, que evidenciam a rede de apoio. Assim como os termos médica e diabetes indicam a recomendação do profissional em evitar trauma, associados aos termos vez, ia jogar bola e esquece o braço.

O dendograma da figura 16 é uma representação gráfica do resultado da C.A.H apresentada.

FIGURA 16 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA CLASSE 4 - CURITIBA - 2015

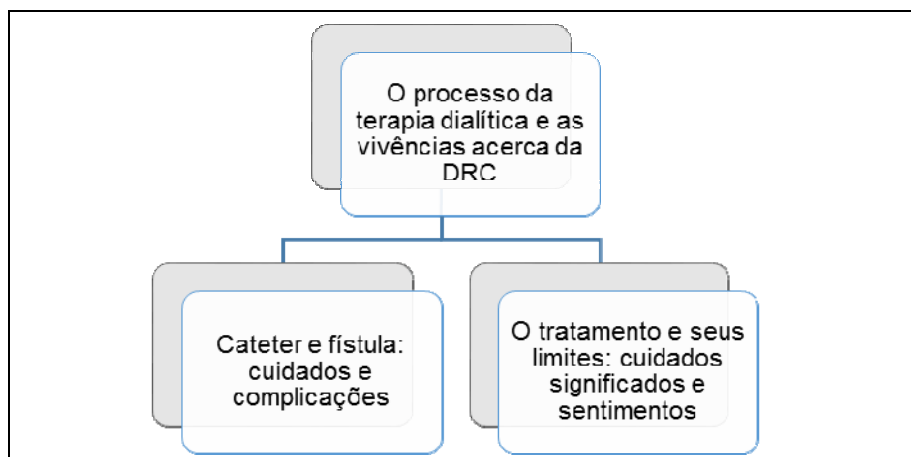


FONTE: A autora (2015).

A partir da análise dos sentidos elaborados pelos grupamentos de palavras na C.A.H. construiu-se o esquema (figura 17) de categoria e subcategorias, os quais subsidiam a descrição e discussão da mesma.

Destarte, a classe conforma uma categoria (figura 10): “O processo da terapia dialítica e as vivências acerca da DRC”, subdividida em duas subcategorias: primeira subcategoria: “Cateter cuidados e complicações” e “Vivências do tratamento, cuidados, significados e sentimentos”.

FIGURA 17 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS PRESENTES NA CLASSE 4 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

## O PROCESSO DA TERAPIA DIALÍTICA E AS VIVÊNCIAS ACERCA DA DRC

### Cateter e fístula: cuidados e complicações

A subcategoria revela que a terapêutica nem sempre consiste em uma escolha, mas uma opção em função das complicações da doença. E existem situações em que a pessoa manifesta inclinação por determinada terapia o que está associado a conhecimentos, crenças, experiências prévias e estrutura familiar para o cuidado.

O cateter e ou a FAV para realização do procedimento dialítico, seja hemodiálise ou peritoneal, representam condições de sobrevivência. No caso da diálise peritoneal, a negligência nos cuidados com o cateter produz medo e temor da infecção, que pode levar à falha terapêutica. Ambos os acessos para terapia dialítica exigem cuidados e as complicações infecciosas normalmente estão relacionadas à quebra da rotina.

A migração entre tratamento devido à debilidade no organismo para manter o desfecho satisfatório na terapêutica é promotora de sofrimento físico e psíquico e se associa à necessidade de outras tentativas de implantação do cateter de hemodiálise em diferentes segmentos do corpo antes de constatar a falha na modalidade em questão. Tais eventos mobilizam reações emocionais fortes e podem ser marcadamente vistas pela pessoa, pois ela vivencia a possível falha terapêutica e o medo da morte. Estas levam a uma concepção negativa da terapêutica, mesmo sem conhecer com profundidade ou ter se submetido a ela.

A experiência da troca de modalidade terapêutica, embora possível, nem sempre é satisfatória. Quando a pessoa experiencia negativamente essa mobilidade, sente-se desanimada e sem alternativas. Tais reações são esperadas, já que o estresse emocional vivenciado pela pessoa com DRC é intenso, resultante das mudanças de modalidade, e a leva a reagir com medo e cautela.

A doença renal pensava muita coisa, tive crises, agora estou mantendo minha saúde. No início, foi difícil, já perdi todas as fístulas que fiz e passei cateter em tudo que foi lugar, não tenho mais veia e vim para a diálise peritoneal porque não tem mais jeito. (\*ind\_51 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2)x<sup>2</sup>=13.

Em relação ao cuidado com a doença, tem que cuidar da fístula, tive infecção. Tive cateter por duas vezes. Essa fístula foi usada com 25 dias. Não sei tomar banho rápido e molhei o cateter, infectou. Hoje até bola eu jogo, consigo fazer exercícios na esteira em casa. (\*ind\_15 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=13.

A utilização de cateter venoso central (CVC) em pessoas com a DRC é associada a um risco maior de sepsis, hospitalizações e mortalidade quando comparado à fístula arteriovenosa (FAV) ou um enxerto arteriovenoso (PERL et al.,

2015). Essa sobrevivência do acesso é melhorada devido à menor incidência de ocorrências mecânicas e infecciosas incorrendo em maior tempo de permeabilidade. Na diálise peritoneal o problema do cateter ou local de saída deve-se à migração da ponta do cateter, fluxo insuficiente para interromper a terapia. (WRONG et al., 2013).

### **O tratamento e seus limites: cuidados, significados e sentimentos**

A subcategoria revela que existem diferentes posicionamentos quanto ao tratamento dialítico realizado, os quais se articulam aos cuidados e percepções associadas às vivências produtoras de significados e sentimentos diversos.

Observa-se uma aposição ambígua dos participantes quanto à opção por determinada modalidade dialítica. Entre os fatores favoráveis à diálise peritoneal, destaca-se a flexibilidade para programar atividades cotidianas, e para alguns, promove conforto. Em contrapartida, ela requer uma estrutura de apoio para o cuidado, principalmente quando a pessoa possui restrições físicas ou cognitivas, a pessoa convive com limitações no lazer em decorrência da presença do cateter no peritônio, existe o perigo da infecção, e quando imposta como única alternativa, incorre em percepções contraditórias.

Além disso, muitas vezes, costuma sentir-se coibida em revelar sua condição de pessoa com DRC, pois teme ser alvo de comentários e curiosidades. Ela se vê com a imagem corporal modificada pelo uso permanente do cateter, sente-se diminuída devido às percepções presentes no cotidiano. Acredita que falar sobre sua condição significa voltar-se para doença, o que reforça a percepção sobre si do problema de saúde. Observa-se que a mesma, ao experimentar esses sentimentos, produz lembranças ruins sobre si, que a diminuem e a expõem.

A respeito do tratamento de hemodiálise, os participantes manifestam ser uma terapia que possui efeitos negativos relacionados ao desgaste físico, vista como uma obrigação, com uma rotina difícil. Por outro lado, essa mesma terapia é bem aceita pelas pessoas com DRC, especialmente quando ela melhora a disposição do organismo para manter suas atividades cotidianas.

Às vezes jogo futebol. Tinha mais restrição quando fazia peritoneal, muitas coisas para fazer, ficava com a sonda para fora. Hemodiálise é tranquilo, precisa fazer corretamente e nada de exagero. Sobre a doença renal, se Deus permitiu, algum motivo tem. (\*ind\_16 \*ida\_1 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1)x<sup>2</sup>=13.

Tive uma hérnia gigantesca e estou aqui. A doença renal me deixou um ano e três meses internado na unidade hospitalar fazendo diálise, peguei infecção no cateter, ficou líquido no abdome e fiz peritonite. (\*ind\_50 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=13.

Observa-se que a pessoa com DRC vivencia o tratamento de maneira diversa. Araujo, Pereira e Anjos (2009), analisando pessoas com DRC em hemodiálise, afirmam que a aceitação ao tratamento dialítico parece ser uma questão de conformação e não propriamente reconhecimento do processo. Concorda-se com Lin et al. (2015) no sentido de que, para viver uma vida equilibrada, as pessoas com DRC devem ter a capacidade de integrar a doença e suas atividades de cuidado em uma variedade de situações (atividades sociais) dentro da sua vida diária.

#### 5.2.2.2 Análise de triagem cruzada (*tri-croisé*)

Com vistas ao atendimento do objetivo de comparar as representações sociais do cuidado da variável tipo de tratamento dialítico (hemodiálise e diálise peritoneal), posteriormente à análise *standard* realizou-se a análise cruzada. As respostas referentes ao cuidado com a saúde e a doença para as pessoas com DRC, considerando o tipo de diálise, foram provenientes de 52 entrevistas, das quais 30 participantes correspondem ao tratamento de hemodiálise e 22 ao tratamento de diálise peritoneal.

Nesta análise, o programa Alceste identificou 1.660 formas reduzidas diferentes no corpus de análise. No entanto, utilizaram-se para fins de análise 515 palavras, tendo como critério de inclusão apresentar  $\chi^2$  mínimo de 4. Desta forma, o *corpus* foi subdividido em 653 UCE. Destas, 368 encontram-se na classe definida pela categoria tratamento de hemodiálise, e 285 UCE, na classe específica da categoria tratamento de diálise peritoneal.

A distribuição das UCEs nas duas classes pode ser constatada na tabela 4.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO QUANTITATIVA DAS UCES NAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE CRUZADA DA VARIÁVEL CATEGORIA TIPO DE TRATAMENTO DIALÍTICO - CURITIBA - 2015

CLASSE	NÚMERO DE UCE CLASSIFICADAS	%
Classe 1 (Hemodiálise)	368	56
Classe 2 (Diálise Peritoneal)	285	44
TOTAL	653	100

FONTE: A autora (2015).

Pode-se observar que a distribuição das UCEs das classes na análise cruzada em questão se dá com destaque para a classe 1, abarcando 56% do quantitativo das UCEs.



QUADRO 3 - DENOMINAÇÃO DAS CLASSES ALCESTE - ANÁLISE CRUZADA DA VARIÁVEL CATEGORIA TIPO DE TRATAMENTO DIALÍTICO

CLASSE	NOME DA CLASSE
Classe 1	Ameaças, desafios e cuidados com a doença e o tratamento.
Classe 2	Apoio familiar, cuidados e complicação do tratamento

FONTE: A autora (2015).

Tendo por base as UCEs e as formas reduzidas das classes resultantes da análise cruzada da variável tipo de tratamento, constatou-se que a classe 1 referente à categoria tratamento de hemodiálise abarca conteúdos condizentes com as ameaças, desafios e cuidado com a doença e o tratamento. Enquanto isso, a classe 2 correspondente à categoria do tratamento de diálise peritoneal dispõe sobre o apoio familiar, cuidados e complicações do tratamento.

A fim de conhecer as representações sociais construídas pelas pessoas com DRC, a respeito do objeto em tela, a seguir serão discutidos os conteúdos abrangidos pelas classes originadas da análise *tri-croisé*. Assim, serão trazidos alguns elementos que ajudam a compreender os conteúdos destas classes, quais sejam: variáveis de análise que apresentam associação estatística; formas reduzidas com maiores valores de  $\chi^2$  e seus respectivos contextos semânticos; dendograma da Classificação Ascendente Hierárquica (CAH); e algumas de suas UCEs.

### **Classe 1: Ameaças, desafios e cuidados com a doença e o tratamento**

Esta classe refere-se à categoria tratamento de hemodiálise e abarca conteúdos condizentes com as ameaças, desafios e o cuidado com a doença e o tratamento.

A classe 1 apresentou associação estatística com pessoas do sexo masculino, em hemodiálise, idade entre 24 e 30 anos, 31 e 40 anos e 51 a 59 anos, com tempo de tratamento entre > cinco a dez anos e > que dez anos, escolaridade ensino médio e superior, e, quanto ao estado conjugal, não têm companheiro (a). No quadro 4, serão apresentadas estas variáveis de análise, com seus respectivos valores de  $\chi^2$ .

QUADRO 4 - VALORES DE  $\chi^2$  RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS DE ANÁLISE COM ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA A CLASSE 1 - CURITIBA - 2015

VARIÁVEL DE ANÁLISE	CATEGORIA ASSOCIADA À CLASSE 1	$\chi^2$
Categoria tipo de diálise	Hemodiálise	653
Sexo	Masculino	57
Idade	24 - 30 anos	1
	31 - 40 anos	1
	51 - 59 anos	10
Tempo tratamento	>5 - 10 anos	1
	>10 anos	155
Escolaridade	Médio	4
	Superior	8
Estado conjugal	Não têm companheiro (a)	17

FONTE: A autora (2015).

Ressalta-se que as variáveis apresentam diferentes intensidades de associação com as classes, destacando-se aquelas com maior valor de  $\chi^2$ . Nesta classe, as variáveis principais foram: categoria tipo de diálise, sexo masculino, prevalência na idade entre 51 e 59 anos, com tempo de tratamento maior que dez anos, escolaridade, na maioria, ensino médio e superior e não têm companheiro (a).

A classe compreende o total de 368 das 653 UCEs examinadas na análise *tri-croisé* e corresponde a 56% do *corpus* de análise. Referente ao quantitativo das UCEs que compõem esta classe, cada uma apresenta em média 23 palavras analisadas. Destas palavras, 17 formas reduzidas que possuem associação estatística com a classe ( $\chi \geq 4$ ) foram selecionadas para compor a CAH (figura 18). As formas reduzidas com maior valor de  $\chi^2$ , juntamente com seus respectivos contextos semânticos, estão disponibilizadas no quadro 5.

QUADRO 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS REDUZIDAS, COM MAIORES VALORES DE  $\chi^2$ , E SEUS CONTEXTOS SEMÂNTICOS DA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015

FORMA REDUZIDA	CONTEÚDO SEMÂNTICO	$\chi^2$
Hemodiálise	Hemodiálise	13
Braço	Braço	9
Potássio	Potássio	8
Mat	Mata, matando, matar, matas, mato	7
Fístula	Fístula	7
Vir	Vir	6
Necessit	Necessita, necessitava, necessite, necessito	6
Exist	Existe, existem, existia, existir, existisse	5
Dificuldade	Dificuldade, dificuldades	5
Continu	Continua, continuar, continuei, continuo, continuou	5
Paciente	Paciente, pacientes	5
Sede	Sede	5
Requer	Requer	4
Quantidade	Quantidade	4
Líquido	Líquido	4
Verdura	Verdura, verduras	4
Muito	Muito	4

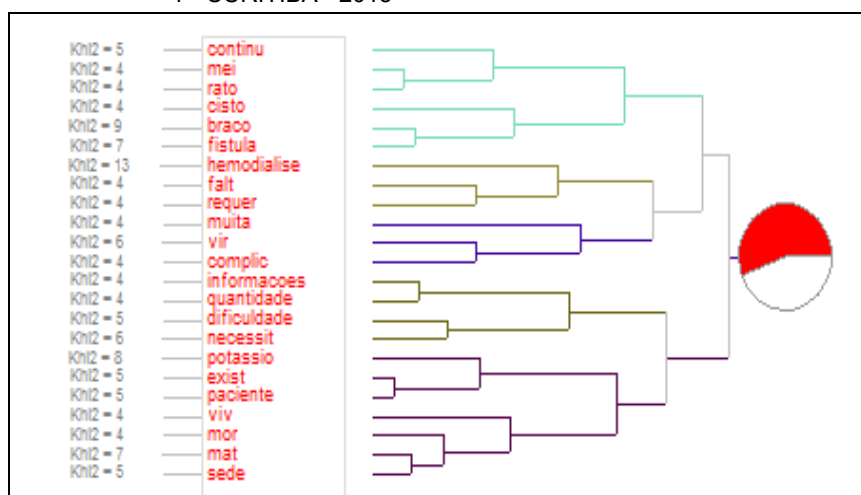
FONTE: A autora (2015).

De acordo com o quadro 5, as formas reduzidas da categoria hemodiálise que oferecem maiores valores de  $\chi^2$  e possuem maior associação estatística são: *hemodiálise; braço; potássio, mat; fístula; dificuldade; continu; sede; líquido; verdura*. Destas, somente *mat, dificuldade e continu* não se encerram em si e possuem contextos semânticos, quais sejam, respectivamente: mata, matando, matar, matas e mato; dificuldade e dificuldades; continua, continuar, continuei, contínuo e continuou.

Assim, a partir destas formas reduzidas e conteúdos semânticos, é possível observar que o conteúdo geral da classe versa sobre as ameaças, os enigmas que envolvem o cotidiano do cuidado e do tratamento de hemodiálise. Uma maior delimitação dos conteúdos contidos nesta classe é observada no dendograma de sua CAH (figura 18), tendo em vista que nesta as formas reduzidas apresentam-se agrupadas de acordo com a relação existente entre elas.

Na figura 18 do dendograma, a palavra fístula está associada a braço e ligada à contínua. Hemodiálise está unida aos vocábulos falta e requer, no sentido de evitar falhas ao tratamento, e regulariza as palavras vir e complicação. O vocábulo dificuldade apresenta uma relação com a palavra informação, que, por sua vez, está associada à quantidade e necessidade. O vocábulo potássio liga-se à palavra mata e está associada a paciente, viver com sede.

FIGURA 18 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA DA CLASSE  
1 - CURITIBA - 2015



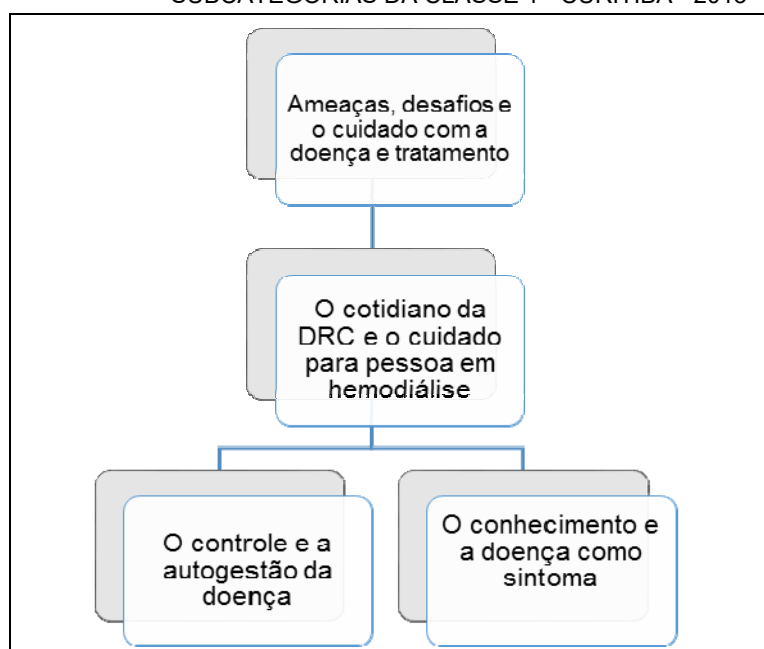
FONTE: A autora (2015).

A fim de obter uma melhor compreensão da classe em questão, a sua C.A.H. é apresentada com os pequenos grupos de formas reduzidas, às quais foram conferidos significados. Consecutivamente, construiu-se o esquema de

categoria e duas subcategorias da classe (figura 19). Esta classe engloba a categoria “O cotidiano do cuidado à pessoa com DCR em hemodiálise” e as subcategorias “O controle e a autogestão da doença” e “O conhecimento e a doença como sintoma”.

Observa-se, portanto, que a representação de cuidado explicitada por esta classe se refere, sobretudo, ao cuidado com a saúde e a doença, deixando de antever que a noção de cuidado perpassa uma dimensão biológica do controle e outra dimensão psicossocial do conhecimento da doença como sintoma.

FIGURA 19 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS DA CLASSE 1 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

## O COTIDIANO DA DRC E O CUIDADO PARA A PESSOA EM HEMODIÁLISE

### O controle e a autogestão da doença

As representações desta subcategoria referem-se às questões específicas que envolvem as ameaças no cotidiano da pessoa com DRC ligadas diretamente às condutas que embasam a autogestão da doença ligada ao cuidado com a saúde e a doença, tais como: o reconhecimento do potássio que pode levar à morte. Assim, a autogestão da doença se configura com o cuidado relacionado ao controle dos sinais de sintomas de alerta precoce, requer vigilância permanente com restrições alimentares e especial atenção à seleção das frutas com baixo teor desse composto químico.

Os desafios estão associados às dificuldades em conter a sede e controlar líquidos e peso. A experiência cotidiana revela que os controles do sal e do líquido possuem relação complementar e produzem impacto no organismo, em especial com a pressão arterial.

Observa-se que a autogestão da doença, relacionada ao cuidado com a saúde e a doença, impõe-se à pessoa com DRC e está associada às limitações e mudanças cotidianas, ocorre por meio das escolhas e da tomada de decisão permanente e necessária referente ao controle alimentar, de líquido e salino, para minimizar complicações e riscos de vida.

O cuidado com a doença renal é a alimentação e evitar frutas, pois o potássio pode matar. Acredito que tem muita coisa que não sei sobre a doença renal, me inquieta de onde vem a doença renal (\*ida\_2 \*sex\_1 \*tem\_4 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=8.

Existem dois fatores que são inimigos, o sal e o líquido, por isso, cortando primeiramente o sal, diminui a sede. Isso torna possível ir administrando. Eu tinha pressão alta cortei tudo que era inimigo e fazia mal. (\*ind\_23 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_3 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=9.

A ingestão de líquidos é impulsionada pela sede que se encontra fortemente relacionada ao equilíbrio de sódio no corpo. No caso da pessoa com DRC, essa ingestão normalmente é avaliada pelo ganho de peso interdialítico que corresponde à quantidade de fluido entre duas sessões de diálise. Chilcot, Wellsted e Farrington (2010) examinaram a influência das representações cognitivas e emocionais sobre o controle de líquidos em pessoas em hemodiálise e identificaram que a percepção de autoeficácia definida como confiança, consiste em um preditor poderoso na mudança comportamento de saúde para manter o controle.

Entre os grandes desafios enfrentados pelas pessoas que fazem à hemodiálise, a dieta que restringe alimentos ricos em sódio, potássio, fósforo e líquidos e a conformidade com estas limitações representa melhora nos parâmetros dos sanguíneos e redução de complicações cardiovasculares e respiratórias Ghaddar, Shamseddeen e Elzein (2009) ressaltam que a educação nutricional deve enfatizar benefícios da conformidade com resultados de saúde, pois confere otimização do entendimento das crenças das pessoas em tratamento e configura a chave para melhor adesão à terapia e alcance de modificações comportamentais necessárias.

## O conhecimento e a doença como sintoma

Concernente ao conhecimento e fontes de informação, acredita-se que a comunicação sobre os cuidados deva ser ampliada. A razão para esta abrangência deve-se ao reconhecimento da DRC e do tratamento de hemodiálise como produtor de sofrimento e mudanças abruptas que interferem significativamente na vida cotidiana.

O conhecimento sobre o cuidado envolve crenças, valores e informações da própria pessoa do cuidado e dos profissionais responsáveis pelo mesmo. A internet consiste em uma das fontes de informações sobre o cuidado para o embasamento do conhecimento do grupo. Essas estão presentes na mídia e também são oriundas das pessoas envolvidas no cuidado, seja o próprio sujeito ou os profissionais de saúde. Quando existe desconhecimento para o cuidado, o risco de vida é iminente.

Precisa ter mais informação sobre a doença renal para todos. Eu mesmo nunca pensei que a hemodiálise interferisse tanto na vida da pessoa. Não se pode faltar, pois você pode sofrer com isso. (\*ind\_25 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=4.

A diálise, os exames, existe coisas que o paciente poderia estar mais informado sobre os cuidados. Cada um defende aquilo que acha provável, mas qualquer descuido do profissional o paciente pode ir a óbito. (\*ind\_23 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_3 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=7.

Em relação ao cuidado com a saúde, sei o que vejo na internet. O cuidado com a saúde é não comer muitas coisas, não beber muito líquido no meu caso e evitar sal. Em relação ao cuidado com a doença, existem muitos limites, deve evitar frutas, gostava de frutas, uva principalmente devido ao potássio. (\*ind\_27 \*ida\_2 \*sex\_1 \*tem\_4 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=6.

A imagem social projetada por estas pessoas identifica o sintoma da doença como algo que invade, agride e devora. E os cuidados consistem em realizar o tratamento contínuo de hemodiálise, evitar falhas às sessões e atentar-se para o braço da fístula. O cuidado com a saúde é compreendido a partir da sua relação com a doença, o que implica ausência de saúde passível de acometer qualquer pessoa, independentemente da sua classe social. O cuidado com a doença concebe um elemento frágil que exige cautela e respeito às regras. O aspecto restritivo do controle imposto ao cuidado remete a noção de cárcere, pois aprisiona e exige apoio para sobreviver.

A imagem da doença renal é uma planta carnívora, pois vai detonando e matando aos poucos. A doença renal, se não tem cuidado, ela mata. Se tomar líquido, teu coração incha, e se exagerar no potássio, tem parada cardíaca (\*ind\_21 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_2 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=7

Quando faltei outro dia, senti falta de ar e cansaço. Em relação ao cuidado com a saúde, tem que se tratar, quem não tem precisa cuidar, não tem escolha, ela ataca rico ou pobre. (\*ind\_09 \*ida\_1 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_1) x<sup>2</sup>=4

A imagem do cuidado com a saúde é um pássaro porque vive preso e não pode sair viajar e requer cuidado para não morrer. A imagem do cuidado com a doença é o rim do meu irmão que perdi e choro. (\*ind\_26 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_1)  $x^2=4$

As UCEs selecionadas pelo programa Alceste reforçam os elementos representacionais já identificados na análise *standard* deste estudo, que são apoiados no entendimento de que o cuidado com a saúde e a doença é delicado, difícil e complementar. A condição de obter autogestão da doença ligada ao cuidado com a saúde e a doença se impõe e está sujeita às ações do controle na ingestão alimentar, particularmente o sal e líquidos, na dependência da hemodiálise, na atenção com a fístula arteriovenosa. Essa conduta acentua a ideia de que essa pessoa vive em constante vigilância, com medo das complicações e luta diariamente para manter-se bem.

O regime de tratamento nos estágios avançados da doença renal crônica, muitas vezes é complexo, entre altas cargas de medicamentos, controle de líquidos e dieta e solicita intervenções no estilo de vida em longo prazo, impõe a autogestão do cuidado. Pagels, Klang E Heiwe (2015) salientam que a autogestão liga-se às representações e crenças que a pessoa desenvolve em torno da doença, do tratamento e seu controle. E ainda podem afetar o enfrentamento da pessoa e se inter-relacionam com a saúde e condição de vida (JANSEN et al., 2010).

## **Classe 2: Apoio familiar, cuidados e complicação do tratamento**

Esta classe refere-se à categoria tratamento de diálise peritoneal e abarca conteúdos condizentes com o apoio familiar, cuidados e complicações do tratamento e suas relações.

A presente classe possui associação estatística com pessoas do sexo feminino, em diálise peritoneal, idade entre 41 e 50 anos, com tempo de tratamento de seis meses a um ano e > um a cinco anos, escolaridade ensino fundamental, estado conjugal, possuem companheiro (a), uma parte das pessoas vive com ele (a) e outra que não vive com ele (a). Conforme o quadro 6, são apresentadas as variáveis de análise, com os respectivos valores de  $x^2$ .

QUADRO 6 - VALORES DE  $\chi^2$  RELATIVOS ÀS VARIÁVEIS DE ANÁLISE COM ASSOCIAÇÃO ESTATÍSTICA DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015

VARIÁVEL DE ANÁLISE	CATEGORIA ASSOCIADA À CLASSE 1	$\chi^2$
Categoria tipo de diálise	Diálise peritoneal	653
Sexo	Feminino	57
Idade	41 - 50 anos	25
Tempo tratamento	6 meses - 1 ano	7
	>1 - 5 anos	115
Escolaridade	Fundamental	12
Estado conjugal	Tem companheiro(a) e vivem com ele(a)	11
	Tem companheiro(a) e não vive com ele(a)	1

FONTE: A autora (2015).

Nota-se que as variáveis apresentam diferentes intensidades de associação com a classe, são as que apresentam valor de  $\chi^2$ . Essa classe mostrou as variáveis: categoria tipo de diálise, sexo feminino, idade entre 41 e 50 anos, com tempo de tratamento maior que um e cinco anos, escolaridade ensino fundamental e que tem companheiro(a), a maioria vive com ele (a).

Essa classe abrange 285 das 653 UCEs examinadas na análise *tri-croisé*, o que representa 44% do *corpus* de análise. No que concerne às UCEs que compõem esta classe, cada uma apresenta em média 27 palavras analisadas. Destas palavras, 22 formas reduzidas que possuem associação estatística com a classe ( $x \geq 5$ ) foram selecionadas para compor a CAH (figura 20). Apresentam-se as formas reduzidas com maiores valores de  $\chi^2$ , juntamente com seus respectivos contextos semânticos no quadro 7.

QUADRO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS REDUZIDAS, COM MAIORES VALORES DE  $\chi^2$ , E SEUS CONTEXTOS SEMÂNTICOS DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015

FORMA REDUZIDA	CONTEÚDO SEMÂNTICO	$\chi^2$
a-noite	a-noite	14
Dialis	Diálise	11
Fac	Faço, faca	10
Fraca	Fraca	9
Peritoneal	Peritoneal	9
Academia	Academia	8
Procur	Procura, procurar, procurei, procuro	8
Pens	Penso	7
Sent	Sentado, sente, sentia, sentir, sentisse	7
Álcool	Álcool	7
Bols	Bolsa, bolsas, bolsinha	7
Marido	Marido	6
Ambiente	Ambiente	5
Higiene	Higiene, higiênico	5
Mão	Mão, mãos	5
Máquina	Máquina	5
Busc	Buscando, buscar, buscava, busco	5
Familiar	Familiar, familiares	5
Filh	Filha, filhas, filho, filhote, filhotes	5
Pens	Pensa, pensando, pensar, pensava, pensei, penso	5
Peritonite	Peritonite	5
Pior+	Pior	5

FONTE: A autora (2015).

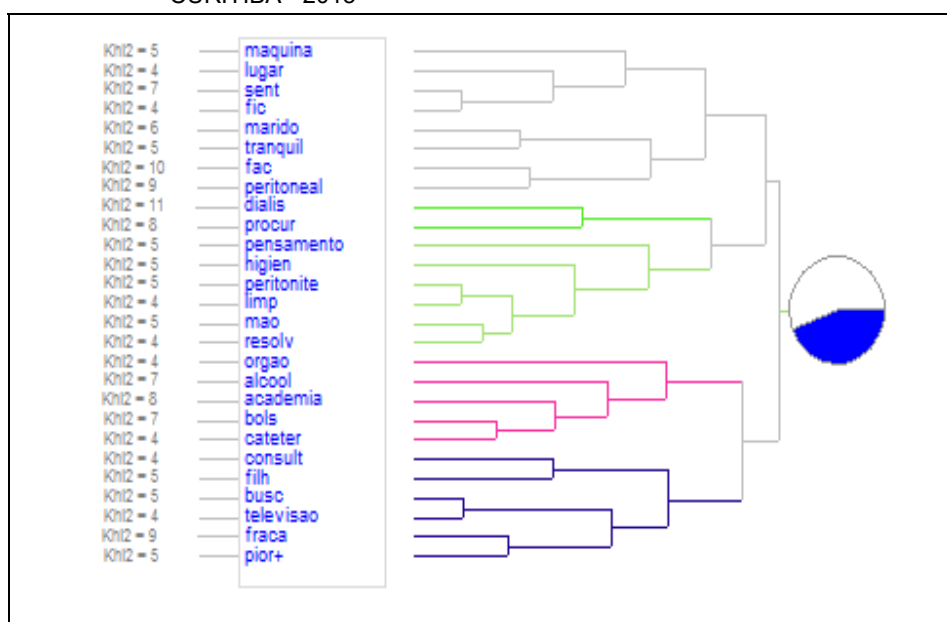


Conforme o quadro 7, considera-se que as formas reduzidas da categoria diálise peritoneal que possuem maiores valores de  $\chi^2$  e, com maior associação estatística com a referida classe são: *dialis*; *a-noite*; *fac*; *frac*; *academia*; *alcool*; *bols*; *higiene*; *ambiente*; *mao*; *maquina*; *familiar*; *peritonite*. Destas, somente *fac*; *bols*; *higiene*; *mao*; *familiar* não se encerram em si e possuem contextos semânticos, quais sejam, respectivamente, faço e faca; bolsa, bolsas e bolsinhas; higiene e higiênico, mão e mãos; familiar e familiares.

Apoiada nessas formas reduzidas e no conteúdo semântico da classe, nota-se que a classe aborda o apoio familiar, os cuidados e a complicação associada ao tratamento. Observa-se uma maior delimitação dos conteúdos contidos nesta classe no dendograma da CAH (figura 20), tendo em vista que essas formas reduzidas se apresentam agrupadas conforme a relação existente entre elas.

No dendograma da figura 20, apresenta-se a Classificação Hierárquica Ascendente, com associação de palavras/radicais que indicam os elementos representacionais do cuidado para este grupo, ilustrando que o cuidado com a saúde e a doença está relacionado com o apoio familiar que é sustentado no apoio do marido para diálise peritoneal, que oferece tranquilidade no cuidado. Existe o pensamento de que a limpeza e a higiene das mãos resolvem a peritonite, e por outro, pautada na limpeza do cateter com álcool e acondicionamento na bolsinha na academia. A pessoa busca as fontes de informação para o cuidado na consulta, com vínculos familiares como uma filha, e na televisão.

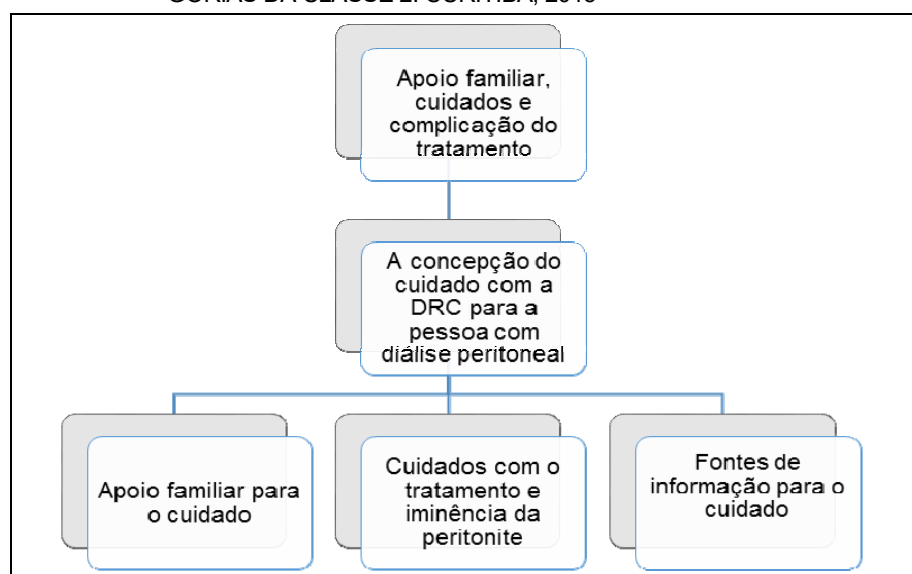
FIGURA 20 - CLASSIFICAÇÃO ASCENDENTE HIERÁRQUICA DA CLASSE 2 - CURITIBA - 2015



FONTE: A autora (2015).

Para obter melhor compreensão da classe, a sua CAH é apresentada em pequenos grupos de formas reduzidas, aos quais foram conferidos significados. Sucessivamente, foi elaborada uma categoria e duas subcategorias. A classe abarca a categoria: “A concepção do cuidado com a DRC para a pessoa em diálise peritoneal”, e as subcategorias: “Apoio familiar para o cuidado”, “Cuidados com o tratamento e iminência de peritonite” e “Fontes de informação para o cuidado”.

FIGURA 21 - APRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA CATEGORIA E SUBCATEGORIAS DA CLASSE 2. CURITIBA, 2015



FONTE: A autora (2015).

## A CONCEPÇÃO DO CUIDADO COM A DRC PARA A PESSOA EM DIÁLISE PERITONEAL

### Apoio familiar para o cuidado

A relevância do apoio familiar no cuidado frente à diálise peritoneal configura o alicerce que promove tranquilidade, segurança e conforta a pessoa com DRC. Contar com este suporte significa poder dividir as atividades rotineiras da terapia dialítica como ligar-se e desligar-se do equipamento de diálise noturno. Acredita-se que o cuidado nessa modalidade envolve disciplina e atenção aos detalhes como o local destinado à realização do procedimento, a fim de mitigar os riscos de complicações.

Além disso, o cuidado zeloso com o tratamento implica obter melhores condições de saúde para viver em companhia da família. A higiene é um dos elementos significativos para o cuidado e o auxílio familiar para o tratamento no

início da terapêutica é fundamental, pois promove segurança e motiva a pessoa aprender. E, quanto mais pessoas da família puderem participar no aprendizado da terapêutica, menor a sobrecarga em caso de a pessoa com a DRC estar impossibilitada de realizar a tarefa do cuidado.

Esse tipo de diálise confere autonomia para realizar o cuidado quando a pessoa tem condições de assumir a tarefa com o tratamento. Ela passa a depender dos outros para a diálise somente em casos e situações especiais. E, quando isto é possível, a pessoa tem uma visão positiva sobre seu cuidado com a saúde e a doença.

O cuidadoso com a doença é importante, procuro fazer o tratamento, meu marido me coloca na máquina e eu tiro da máquina. Ele me ajuda e gosta de fazer, e muito criterioso precisa ter higiene, lugar adequado para diálise, senão minha saúde fica em risco, nunca tive infecção em dois anos. (\*ind\_41 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2)  $x^2=29$ .

Busco fazer o tratamento corretamente para ter uma vida mais longa e participar da minha família que amo. O cuidado com a doença e a higiene. Eu faço a minha diálise, pois todos trabalham. No início, minha esposa ajudava, ela não trabalhava, minha filha também fez o curso, aprendemos e agora eu faço sozinho. (\*ind\_50 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2)  $x^2=10$ .

Chanouzas et al. (2011) consideram que o apoio familiar para a realização da diálise peritoneal é fundamental e seus achados assemelham-se aos resultados desta pesquisa, que aponta essa modalidade como provável de ser realizada por pessoas casadas ou que vivem com outra pessoa. Estes autores ainda acrescentam que, normalmente, elas permanecem no emprego e optam por esta terapêutica devido à possibilidade de preservar a liberdade no estilo de vida, o autoatendimento e ser influenciadas pela percepção de que podem lidar com este tipo de modalidade.

As fortes relações familiares e de apoio dos pares aliviam o estresse e encargos relacionados à diálise peritoneal como a assistência prática fornecida pelas famílias na gestão de equipamentos e apoio emocional (Tong; Lesmana; David; Johnson et al., 2013). Os pares compartilham experiência de enfrentamento, proporcionam confiança e são capazes de oferecer informações práticas para lidar com a vida diária na diálise peritoneal.

### **Cuidados com o tratamento e a iminência da peritonite**

A higiene das mãos consiste em medida prioritária e essencial em todos os passos durante o procedimento da diálise peritoneal. A terapia requer organização e cuidado com todo o equipamento. Fazer certo significa não quebrar a rotina, mesmo que alguma vez não se cumpram as recomendações. A imagem social que os

participantes fazem da doença a projeta como uma moléstia delicada e sensível. Assim, o carinho conforma um elemento representacional do cuidado.

Procuo cuidar, lavo a mão para fechar meu cateter, esse é o ideal. Mesmo quando estou fora, geralmente na casa de meus irmãos, tomo cuidados, levo minhas bolsas de diálise e a máquina. (\*ind\_35 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=16.

Eu procuro fazer certo, mas já aconteceu de eu sair mais cedo da máquina de diálise peritoneal. A imagem da doença renal é um cachorrinho, pois ele é sensível, delicado e precisa de carinho. (\*ind\_36 \*ida\_1 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_3 \*esc\_2 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=6.

Manter o ritmo no cuidado com a doença significa não deixar de fazer a terapia e ter cautela na higienização do cateter de diálise e desinfecção do ambiente da terapia. Realizar o cuidado com a doença não é uma tarefa fácil. Muitas vezes, ela fragiliza e debilita a pessoa, fazendo com que diminua o compasso das atividades cotidianas. A realização do tratamento e o cuidado são elementos mais importantes para o controle da doença.

Em relação ao cuidado com a doença, eu mantenho o ritmo, procuro não falhar o tratamento, higienizo o cateter diariamente, a limpeza do quarto diário com água sanitária no chão, álcool setenta. (ind\_50 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=6.

Cuidar da doença é difícil. Hoje a única atividade que faço é lavar a louca em casa. O mais importante para minha doença renal é diálise, eu faço durante a noite, na máquina. (\*ind\_31 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2) x<sup>2</sup>= 7.

Cabe salientar que, para promover melhores condições de vida, a pessoa precisa manter a tranquilidade, a disposição e submeter-se a uma rotina de cuidados. No início do tratamento é problemático, mas, com o passar do tempo, torna-se um hábito. Paralelo às ações de cuidado para realização da terapia em casa, a doença exige acompanhamento periódico e regular, como as consultas e checagem de exames, bem como a adesão à terapêutica medicamentosa e ao regime alimentar.

Entre as complicações, a iminência da peritonite é uma preocupação constante. Essa inquietação por vezes é extrema e ocorrem emoções negativas frente ao cuidado, como o medo de desobedecer à rotina e a falta de confiança nos outros, o que impede as pessoas em tratamento obter ajuda na terapia.

Isto é assustador, procuro lidar com tranquilidade e não pensar na doença e vou levando. Sobre o cuidado com a saúde, hoje estou mais tranquila, mas, no começo, foi complicado, o horário da diálise, precisar lavar a mão muitas vezes e ter tudo certinho, às vezes ainda eu esqueço na hora de fazer, meu marido é mais pragmático. (\*ind\_34 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_1 \*con\_1 \*esc\_2 \*dial\_2) x=7.

O importante agora é manter-se disposta. A manipulação dos equipamentos, a higiene, lavar as mãos, quanto a isso, sou cuidadosa. Quando saio de casa, já quebrei a técnica, mas nunca peguei peritonite e não quero fazer hemodiálise, tenho pesadelo só de pensar. (\*ind\_32 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=6.

A peritonite é a principal causa de falha técnica na população renal em tratamento de diálise peritoneal e associa-se ao medo, à incerteza, à dor e ao aprendizado com episódios de infecção, além de estar ligada à culpa, confusão, hospitalizações e ao aumento da carga de trabalho devido à gestão antimicrobiana (BAILLIE; LANKSHEAR, 2015). É considerada uma experiência angustiante, que resulta em redução da qualidade de vida, ansiedade e depressão.

### Fontes de informação para o cuidado

As pessoas com DRC buscam manter-se informadas a respeito do cuidado com saúde e a doença. A internet e o médico são citados pelos participantes deste estudo como uma das grandes fontes de consulta. A pesquisa e a leitura estão pautadas em uma visão biomédica sobre os efeitos da doença e do tratamento. Contudo é consenso entre eles que, para se ter saúde, é preciso ter uma boa alimentação e praticar uma atividade física

Existem aqueles que afirmam não saber muito sobre seu adoecimento e não possuem o hábito de procurar informações na internet e o médico apoia a decisão de não buscar esta fonte. O serviço de nefrologia identificado como a “diálise” consiste em um meio de divulgação do conhecimento sobre o cuidado, que é reforçado durante as consultas e exames realizados rotineiramente.

Eu tenho anemia e isso limita tudo. Busco informação na internet e no médico, procuro sempre ler e pesquisar. Em relação ao cuidado com a saúde, sei que precisa se alimentar bem, nunca fiz exercício, pois me sinto fraca devido à anemia. (ind\_38 \*ida\_2 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_1 \*esc\_3 \*dial\_2). X=5

O cuidado com a doença é levar tudo nos detalhes, o remédio, a consulta, eu compareço ao posto 24 horas. Aqui na diálise, faço exames e venho às consultas. (\*ind\_44 \*ida\_4 \*sex\_1 \*tem\_1 \*con\_3 \*esc\_1 \*dial\_2) x<sup>2</sup>=3

A comunicação entre os pares e destes com os profissionais de saúde como a devolutiva sobre resultados de exames é considerada relevante para adoção de medidas corretivas no cotidiano do cuidado com a doença. Pode-se levantar a hipótese de que esse conhecimento compartilhado entre o grupo de pertença e a comunidade do cuidado permite a proximidade com as implicações na vida cotidiana em ser renal crônico e pode facilitar a aquisição de habilidades e atitudes que aumentam a adesão ao tratamento.

Além disso, o fato de compartilharem experiências semelhantes na vivência da DRC auxilia no alívio do fardo emocional e permite a obtenção do sentimento positivo de não estarem sozinhos, o que faz com que se sintam menos diferentes. (TONG et al., 2015).

Se ganha folhetos que explicam como comer. A pressão alta prejudica, deve se evitar a comida com muito sal. O meu filho mais velho já tem pressão alta e minha irmã faleceu de câncer no ovário e tinha pressão alta. (\*ind\_33 \*ida\_3 \*sex\_2 \*tem\_2 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2).X<sup>2</sup>=8.

Eu tomo bastante água e a alimentação é bom ver para todos. Em relação ao cuidado com a doença, é somente o que converso na diálise. Na diálise, eles olham os exames e vejo que está tudo bem, quando tem alteração, procuro saber o motivo. Procuro ver se interfere em alguma coisa diária, e tento corrigir. (\*ind\_45 \*ida\_3 \*sex\_1 \*tem\_2 \*con\_2 \*esc\_1 \*dial\_2). X<sup>2</sup>=15.

O conhecimento complementar obtido por estas pessoas a partir do contexto do tratamento é proporcionado nos serviços oferecidos no posto de saúde para direcionar encaminhamentos de exames e medicações. Ressalta-se que, apesar de a internet ser uma fonte largamente utilizada, a abordagem clínica prevalece na comunicação travada neste grupo.

Não tenho o hábito de assistir televisão, eu sempre buscava o postinho, mas não me preocupava. Em relação ao cuidado com a doença, devem se comer as coisas certas e não beber muito. (\*ind\_47 \*ida\_4 \*sex\_2 \*tem\_3 \*con\_1 \*esc\_1 \*dial\_2).X<sup>2</sup>=10.

A busca de informações pode acontecer por vontade própria ou por encorajamento dos pares e permite que se tornem autossuficientes e assumam a responsabilidade pela própria saúde (TONG et al., 2013). De acordo com Garg et al. (2015), a internet veio para mudar o acesso das pessoas às informações. Tanto que, nos Estados Unidos, 53% dos adultos com mais de uma doença crônica têm por hábito recorrer a esse meio de comunicação para procurar informações.

### 5.2.2.3 Análise de contraste considerando o tipo de diálise

No grupo de pessoas em **hemodiálise**, identifica-se que a representação sobre o cuidado à saúde e à doença está associada a um olhar masculino, de pessoas com idade de 24 a 30 anos, com destaque para a idade entre 51 e 59 anos. Embora exista adulto jovem em hemodiálise, a grande maioria corresponde à fase adulta, com tempo na terapia, à maioria, superior a dez anos, escolaridade ensino médio e superior, e estado conjugal referido sem companheiro.

No grupo da **diálise peritoneal**, prevalecem os participantes femininos, abarca uma caracterização distinta para faixa etária entre 41 a 50 anos, tempo de

tratamento entre seis meses e cinco anos, escolaridade ensino fundamental e quanto ao estado conjugal todos vivem com o companheiro. Observa-se que oposto à hemodiálise, a rede de apoio neste tipo de diálise se configura de forma diferente.

As representações sobre o cuidado com a saúde e a doença do grupo em **hemodiálise** estão pautadas em condutas apoiadas na necessidade de hemodiálise contínua, no braço da fístula, pois o potássio mata e existe a dificuldade com a sede e alimentação as quais envolvem aspectos restritivos pronunciados ao controle. Portanto, produz um enfoque negativo sobre o viver da pessoa que se submete ao tratamento de hemodiálise. A Classificação Hierárquica Ascendente permitiu ampliar o entendimento do contexto das limitações compartilhadas e expressas pelo grupo através dos vocabulários: *falta* e *requer* que está ligada a hemodiálise e complicações e as dificuldades associadas à quantidade e necessidade de informação sobre a doença.

As subcategorias revelam que o aspecto restritivo alimentar, salino e hídrico é consensualmente manifestado pelo grupo e, portanto, consiste em um elemento que embasa a autogestão do cuidado à saúde e a doença, através da escolha e tomada de decisão necessária e complementar ao tratamento dialítico. Este grupo aponta que a DRC é algo ruim, que invade e agride, conseqüentemente, entendem que o sintoma da doença é o sofrimento. Esse entendimento lhes permite alcançar a literacia ou conjunto de capacidades utilizadas para compreender e usar a informação na vida pessoal, e conseqüentemente, afiançar que o conhecimento sobre a DRC deva ser ampliado em qualidade e quantidade.

Para a pessoa em **hemodiálise**, a representação do tratamento marcada pelo sofrimento frente às dificuldades em manter o cotidiano regado relacionado às privações e prazeres. Nota-se que o impacto psicossocial entre a DRC e fase final da doença, especificamente, na hemodiálise é intenso e consiste em um fator estressante em que coexistem sentimentos ambivalentes em relação à doença e a terapêutica. Eles sentem-se aprisionados e incomodados por serem dependentes.

A experiência em relação ao cuidado com a saúde e a doença neste grupo conforma uma determinação de que a pessoa deve posicionar-se sobre o cuidado alimentar, salino, hídrico e evitar falhas à terapêutica para impedir complicações. Neste sentido a autogestão do cuidado para a pessoa em hemodiálise é atribuída e experimentada de maneira particular, ela conjuga esforço, escolhas e tomadas de decisões quanto a seguir uma rotina. A pessoa com DRC negocia com o sintoma da doença e faz pequenas transgressões para a autogestão do cuidado.

A análise semântica demonstra que para o grupo de **diálise peritoneal** as representações sobre o cuidado com a saúde e a doença são marcadas pela

associação do vocábulo diálise ligado a noite o que indica que para estas pessoas, a diálise a noite envolve condutas e cuidados com a mão, o uso do álcool, de bolsa, a higiene, o ambiente, a máquina para evitar a peritonite, e o familiar compõe a rede de apoio para o cuidado no tratamento.

A classificação Hierárquica Ascendente revela que além desses aspectos, a palavra *marido* associa-se a *tranquilidade*, que clarifica o entendimento que o auxílio recebido do cônjuge fortalece e atua positivamente sobre o cuidado, pois modela vínculos e oferece conforto físico e mental. O vocábulo *pensamento* ligado à *limpeza* e *higiene*, *bols* e *academia*, reafirma a importância em seguir condutas higiênicas para evitar a peritonite, e que desta forma é possível manter as atividades de lazer.

Também entendem que as informações necessárias ao cuidado estão associadas ao fato de vir na consulta, com auxílio da filha e obtidas através da televisão. Neste sentido, evidencia-se que o conhecimento obtido proporciona as condições ideais para o cuidado.

As representações do grupo **diálise peritoneal** foram caracterizadas por uma visão positiva do cuidado associada à rede de apoio. Assim, o sentido subjetivo em torno do cuidado compartilhado com os familiares se organiza a partir de sua produção e atua em diferente contexto. Isso colabora para qualificar o cuidado de forma distinta, ou seja, indica que realizar o cuidado nesta condição é tranquilo. As pessoas em diálise peritoneal relatam que o cuidado deve apoiar-se em condutas de higiene e limpeza, pois existe a iminência da peritonite. Portanto, a abordagem do cuidado é calcada no conhecimento clínico por meio das consultas o que confia sua legitimidade biologicista, física, predominante.

No domínio de autogestão da doença relacionada ao cuidado neste grupo observa-se: as pessoas conseguem gerir os efeitos da condição de saúde na atividade da vida, existe a partilha no cuidado da diálise com os familiares e comparecem as consultas regularmente.

A analogia entre os diferentes tipos de diálise considera que, para as pessoas do tratamento de hemodiálise, o adoecer e ter saúde é visto como limitante em relação à própria vida, e no tratamento de diálise peritoneal existe aspectos limitantes, mas que não impedem de fazer planos e continuar seus projetos de vida.

A respeito dos domínios de autogestão, observam-se em ambas as modalidades, que a pessoa com DRC em diálise, mantém o controle dos sinais e sintomas de alerta precoce.



## **6 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CUIDADO COM A SAÚDE E A DOENÇA ENTRE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA BUSCA DE COMPREENSÃO**

A construção representacional do cuidado com a saúde e a doença para as pessoas com DRC projeta a ponte do confronto diário com a doença e o fluxo de informações sobre a necessidade de controle, de limitações e modificações associadas ao cuidado. Estas surgem em seus horizontes sociais e, frequentemente, exigem interpretação e aproximação daquilo que já é conhecido acerca da doença e do tratamento. Ao procurarem explicações para as mudanças das práticas cotidianas, os grupos emitem julgamentos e posicionamentos sobre o cuidado com a saúde e a doença. Isto se manifesta como verdadeiras construções dos “universos consensuais” no âmbito dos quais as novas representações vão sendo construídas e comunicadas. (MOSCOVICI, 2012).

Ressalta-se que o cuidado com a saúde e a doença requer a capacidade de autogestão da dieta, da restrição de líquidos, dos medicamentos, do tratamento e ajustes do estilo de vida em longo prazo (PAGELS; KLANG; HEIWE, 2015). Implica o estabelecimento de relações entre representações e práticas. Igualmente, a tomada de decisão sobre o equilíbrio vital daqueles que se submetem ao tratamento dialítico exige disciplina interior. (CAMPOS; TURATO, 2010).

Assim, as expressões e falas das pessoas revelam relatos de casos, dificuldades e enfrentamentos cotidianos com o cuidado e as particularidades do tratamento, as condições da vida regrada, o medo das complicações e a importância da rede de apoio. Observou-se, ainda, certo grau de compartilhamento dos relatos, para além da experiência individual, compondo posicionamentos grupais e conhecimentos constituídos no senso comum, em interface com o conhecimento reificado sobre a doença e os cuidados a ela associados.

A partir dos conteúdos expressos nas falas dos dois grupos de pessoas com DRC em tratamento dialítico, a representação do cuidado à saúde e à doença foi analisada mediante o entendimento das percepções, crenças e valores ligados ao cotidiano que cerca o viver na cronicidade renal, assim como dos temores, perigos e preocupações associados às perdas, limitações e adaptações para prover o cuidado e, conseqüentemente, a autogestão da doença.

Nessa perspectiva, o cuidado com a saúde e a doença é representado a partir de diferentes conteúdos, entre eles o sofrimento em viver a rotina diária do tratamento dialítico, as alterações físicas e psicossociais, o confronto com a ameaça das complicações e a transformação nas relações afetivas e nos vínculos. Também é entendida como uma “doença que limita, aprisiona e extingue as esperanças”, haja vista o grande dano produzido no organismo e no domínio social.

A percepção da dor, desgaste e ruptura na vida diante do adoecimento renal é um fato presente no cotidiano dessas pessoas. Sobretudo, as tarefas enfrentadas, especialmente por aqueles que vivem e se submetem à diálise, parecem esmagadoras para o observador, como estar ligado à máquina três vezes por semana por anos, ou conectando-se à diálise peritoneal, incluindo sintomas da doença e consequências sociais adicionais. (KAPTEIN et al., 2010).

Observa-se que a ampliação das dificuldades enquanto problema de saúde vai sendo percebida gradativamente, assim como a necessidade de cuidado com a saúde e a doença, não sendo possível se apropriarem devidamente da sua complexidade e extensão logo que recebem o diagnóstico.

Coerente com a preocupação em distinguir a representação social dos mitos, ideologias e ciências, Moscovici (2012) coteja conceitos de natureza psicológica a ela associados, com os de atitude, opinião e imagem e sinaliza que estes conceitos pressupõem um estímulo externo, tal qual a pessoa responde, diferente das representações sociais que integram estímulos internos e externos da pessoa, na sua atividade representativa. Para o autor, as representações sociais orientam comportamentos e reconstituem elementos do contexto no qual o comportamento terá lugar, integrando-o à rede de relações às quais o objeto se vincula.

Em razão disso, o objeto de estudo cuidado com a saúde e a doença não se reproduz passivamente. De certa forma, ele se reconstrói a partir da imagem da doença ligada ao “rim atrofiado”, e, ao fazê-lo e apreendê-lo dessa maneira, a pessoa com DRC o situa no universo social e material. Assim, a imagem da doença consiste em uma preparação para a ação, e a representação social do cuidado com a saúde e a doença, além de orientar comportamentos, interage com as relações ligadas a esse cuidado, ou seja, o sofrimento presente na vida da pessoa no contexto do tratamento. A esse respeito, Campos e Turato (2010) lembram que se submeter ao tratamento dialítico consiste em viver a dualidade entre a possibilidade de continuar a existir e colocar-se frente à angústia da finitude.

As representações sociais buscam explicar as alterações e experiências do cuidado com a saúde e a doença numa perspectiva coletiva, incorporando os aspectos individuais, e descrevem a doença e o tratamento como produtores de falta de energia e fonte de sentimentos negativos sobre o corpo. Os aspectos biológicos e psicossociais interagem entre si, comprovando que a pessoa com esta doença desenvolve um aprendizado sobre o cuidado, muitas vezes em meio ao sofrimento físico e mental.

A dura realidade da peregrinação do tratamento dialítico leva as pessoas ao entendimento da relevância do cuidado e sua seriedade, devido aos malefícios produzidos no organismo mediante o descuido alimentar e o perigo das alterações das taxas bioquímicas dos exames. A falha terapêutica da diálise também pode significar ameaça e esta certeza é revelada com a própria experiência, ao transgredir a regra, aliada à dificuldade de manter o regime alimentar prescrito por tempo prolongado. Esses sujeitos aprendem com o sofrimento, uma vez que, com a negligência do controle, advêm os episódios de desequilíbrio na dieta, risco de vida e internações.

O adoecimento renal produz sentimentos e pensamentos que envolvem questões temidas por muitos: limitações, destruição e solidão, e assim promovem condições suscetíveis ao desencadeamento de eventos de fragilidade emocional. Entre estes aspectos, a ruptura de laços afetivos, sobretudo na vigência de uma moléstia complexa como a DRC, pode levar a outros problemas, como a depressão, pois a pessoa se encontra em condição de vulnerabilidade. E isso determina um impacto na interpretação do cuidado com a saúde e a doença, conseqüente às percepções e ao sofrimento ligados à modalidade de tratamento.

Existe o entendimento de que o cuidado com a saúde e a doença faz parte do dia a dia e de que se submeter à hemodiálise significa “obrigação” e “horário regrado”, o que reforça a representação dos significados da máquina. Esse achado encontra-se em consonância com os resultados de Campos, Mantovani, Nascimento e Cassi (2015), que revelam as representações da máquina como perda de liberdade, prisão, entre outros.

Não obstante, a realidade da diálise peritoneal também desencadeia angústias, pois exige responsabilidade diária em fazer o tratamento, produz sofrimento psíquico ligado ao tratamento e incorre em depressão (GRIVA et al., 2010). Para estes autores, o exame das crenças em diferentes modalidades dialíticas aponta que, quando realizadas no domicílio, desenvolvem-se com menor acometimento de depressão, sobretudo a

diálise automatizada (APD) em relação à diálise peritoneal manual (CAPD) e hemodiálise domiciliar. E isso se deve à possibilidade de a APD ser realizada uma vez ao dia, permitir obter melhora na qualidade de vida, bem como à resposta emocional ao tratamento. Já a HD em casa necessita autocanulação e pode ser agressiva.

Optar por uma terapia dialítica nem sempre é possível, existem situações que definem a escolha do tratamento, como o aparecimento de complicações. Entre essas, a infecção da fístula arteriovenosa (FAV) para hemodiálise pode determinar a decisão de migrar o tipo de tratamento. Observa-se que, antes de migrar para outra terapêutica, mais tentativas são implementadas, como o cateter para hemodiálise implantado em outros segmentos do corpo e, somente após falha deste, correrá a troca da modalidade terapêutica.

Essa mesma situação acontece devido à debilidade do organismo para manter o desfecho satisfatório na terapêutica. Tais eventos mobilizam reações emocionais fortes e podem ser marcadamente vistos pela pessoa, pois ela vivencia a possível falha terapêutica e o medo da morte.

Além disso, a depressão, como conteúdo definidor da DRC entre pessoas em hemodiálise, associa-se a elementos psicocognitivos, físico-orgânicos e psicossociais, e é expressa pela tristeza (COUTINHO; COSTA, 2015). Estes autores lembram que a tristeza é um dos sintomas mais comuns do estado depressivo e a consideram a espinha dorsal para explicar o alicerce da sintomatologia da depressão. Devido à limitação em suas atividades laborais, frequentemente, essas pessoas rompem os vínculos com o trabalho. Esta realidade impõe mudanças nos padrões de comportamento, interferindo no lazer e desencadeando uma situação de sobrecarga psicológica.

Outro fator de destaque observado se refere às manifestações das condições orgânicas associadas à “negação” e expressas na fraqueza e impotência, levando os participantes a interpretarem o cuidado com a saúde e a doença como tedioso, cansativo. A desesperança em relação ao futuro e os sentimentos de tristeza e solidão surgem pelo fato de a cura estar distante da realidade. (SILVA et al., 2015).

A atividade representativa constitui um artifício psíquico que permite familiarizar e tornar presente no nosso interior um objeto que está distante e de certo modo ausente (MOSCOVICI, 2012). Nesse processo, o cuidado com a saúde e a doença articula-se com outros objetos, como a desesperança, a perda da condição anterior de saúde, entre outros, inerentes ao contexto da doença do qual toma propriedades ao mesmo tempo que lhe acrescenta algumas.

Ademais, a pessoa nesta condição, ao refletir sobre as causas que a levaram à perda da saúde e mudança abrupta do seu estilo de vida, assinala que a doença impõe limites e uma vida regrada, além de vivenciar a culpa por não ter cuidado da sua saúde. Conforme afirma Moscovici (2012), a representação se constrói sobre um já pensado, cujos quadros de pensamento antigo servem de referência e permitem classificar, julgar e determinar o objeto. Sob este aspecto, o modelo social da culpa se expressa no descaso, na omissão com a saúde, o que leva a pessoa a construir uma representação negativa do cuidado com a saúde e a doença, associada à perda, privação e empenho e vinculada à sobrevivência e à obrigação. (CAMPOS; TURATO, 2010).

Aliada a este contexto, advém a dificuldade em lidar com as modificações físicas que demandam conviver com as marcas da doença e do tratamento, resultando em alterações da imagem corporal em razão de fatores como a presença do cateter ou da fístula arteriovenosa para acesso vascular, a descoloração da pele, as cicatrizes, entre outros (COSTA; COUTINHO, 2014). A presença do cateter desencadeia receio de ser reconhecido como alguém que porta uma diferença. Essa condição requer adaptação do “eu” pessoal, pois gera sentimento de menos valia.

Este talvez seja um dos grandes desafios para as pessoas com DRC: conviver com o sinal da diferença, dar explicações e mostrarem-se como alguém que tem uma doença que as diferencia das demais. Em função da terapia dialítica empregada, desenvolvem-se percepções de diferenciação variadas que determinam a presença do preconceito, gerando preferências por determinados tratamentos dialíticos que possibilitam encobrir estas marcas.

Muitas vezes, negar a existência da doença consiste em uma forma de proteger-se frente à experiência e percepção do desequilíbrio no estado de saúde, pela constante sensação de perigo. O impacto em viver a rotina do tratamento choca e produz sentimentos de menos valia, como o relato de “ser anormal”. Observa-se que a diferenciação consiste em processo de dupla face: interno por sentir-se diferente e externo por ter seu *self* modificado perante os outros.

Goffman (2008, p.19) lembra que “a pessoa estigmatizada possui sentimentos mais profundos sobre o que ela é e pode confundir a sensação de ele ser uma pessoa normal como qualquer outra”. Segundo este autor, sentir-se com atributo diferencial vergonhoso quando na presença de pessoas tidas como normais, provavelmente reforça a visão de sua autoexigência, e na presença de si mesmo com seu espelho, a pessoa se autodeprecia. A exemplo disso, cita-se o relato “não

me sinto um ser normal, apenas cinquenta por cento”, que caracteriza a autodepreciação. Assim, o estigma e o ocultamento das marcas conforma uma atitude simulada pelo medo da rejeição.

Alguns elementos representacionais observados neste estudo associados ao preconceito são: expor a doença significa afastamento social, medo, evitação de amizade, e de manter um relacionamento físico, entre outros. Uma alternativa adotada por estas pessoas consiste em mudar o estilo de vida, recolher-se e restringir os relacionamentos afetivos.

No âmbito do cuidado com a saúde e a doença, considera-se que o modelo social embasado no preconceito está refletido na escolha da terapia, aquela menos visível e perceptível socialmente, que possibilita o ocultamento de cicatrizes e marcas.

Entre os conteúdos representacionais observados, a informação ocupa lugar importante e foi traduzida pela expressão das dificuldades e complicações das pessoas com DRC em tratamento dialítico e ainda pela indicação da necessidade de qualificação para o cuidado com a saúde e com a doença. Isso envolve situar particularidades que exigem conhecimentos e a construção de conceitos para avaliar os alimentos ingeridos, seus riscos, os problemas de saúde concomitantes ao adoecimento renal. As dificuldades e complicações marcam a construção de conhecimento do senso comum e a busca de conhecimento reificado ligado às causas do adoecimento, ao desafio em aceitar a doença e à demanda de cuidados permanentes com medicamentos e intercorrências infecciosas.

A dificuldade de aceitação dessa condição leva a pessoa com DRC a viver um eterno dilema. Pode-se inferir que, para se aceitar como “ser renal crônico”, exige perceber-se como alguém que aprendeu a conviver com o incômodo e a dor gerada pelo controle imposto pelo tratamento e a perda da condição anterior de saúde. A falta de entendimento sobre a condição atual exige a confrontação com elementos da vivência anterior e a busca permanente de ressignificar as experiências de vida anteriores ao diagnóstico. Essa condição é, por vezes, conflituosa, fazendo com que alguns se recusem a buscar informações, orientando suas práticas pelo conhecimento do senso comum e desprezando o conhecimento reificado existente.

Observa-se que, para a pessoa com DRC, a compreensão das causas da doença consiste em um processo em constante transformação. Conforme afirma Moscovici (2012, p.27), “as representações sociais possuem uma função constitutiva da realidade, da única realidade que nós experimentamos e na qual a maioria de nós se movimenta”. E com isso reafirma sua relação com o comportamento humano

criador. Portanto, a relação do ser humano com a realidade “[...] resulta de um processo, uma dinâmica móvel” (ARRUDA, 2002, p.134). Igualmente, a pessoa com DRC recorre ao que lhe é familiar, os motivos que a levaram à condição atual de saúde para fazer uma espécie de conversão ou categorização da doença, integrando-a à leitura do seu mundo para compreender a realidade.

Os acontecimentos, as ideologias apenas lhe fornecem “alimento para o pensamento” (MOSCOVICI, 2011, p.45). Na medida em que a pessoa com DRC constrói representações sobre o seu adoecimento, busca explicar e tornar a doença acessível ao senso comum. E, nessa dinâmica, o descontrole alimentar e a falta de controle da pressão arterial consistem em um quadro de referência que permite a difusão do saber acerca do cuidado com a saúde e a doença.

Observa-se a crença de que a não observação rigorosa dos horários da medicação associa-se à possibilidade da sua não ingestão, uma vez que o remédio tomado fora do horário traz malefício à saúde em lugar de controlar a doença. A importância da adesão medicamentosa relaciona-se ao conhecimento dos riscos e implicações da terapêutica no organismo, mas também a crenças e representações constituídas muito antes do adoecimento. Esses conceitos predeterminados sobre a doença e o tratamento afetam diretamente a motivação para a adesão ao medicamento e aos cuidados com o tratamento. (ASPDEN et al., 2015).

Essa dimensão também considera que as dificuldades e complicações associadas à doença renal posicionam a infecção da membrana de diálise peritoneal como aspecto de relevância causador de temores e que requer o domínio de conhecimento reificado. É consenso na literatura que a peritonite é uma ameaça e risco de morte para a pessoa que se submete à DP, e, entre as causas a baixa motivação para o cuidado com DRC, que predispõe a pessoa a episódios infecciosos. (PAUDEL et al., 2015).

A diálise peritoneal envolve um trabalho considerável de cuidado diário na autogestão do tratamento, de modo continuado e sem falhas, assim como autogestão do controle de peso e pressão arterial, de monitoramento de medicamentos, da dieta e da restrição de líquidos, e, sobretudo de manutenção de uma técnica asséptica. (BAILLIE; LANKSHEAR, 2015).

Essa carga de atividades e especificidades do tratamento requer conhecimento científico e habilidades por parte da pessoa com DRC para a execução do cuidado. Alguns participantes identificam que precisam renovar e arrumar sua casa para acomodar a diálise peritoneal, além da responsabilidade em

assumi-la. Compreendem o tratamento como um fardo para a família e expressam frustração por conviver com os alarmes automatizados da máquina de PD, além de culpa e arrependimento. (TONG et al., 2013).

Pensar o tratamento dialítico e as possíveis complicações implica considerar um universo de significados em torno do cuidado com a saúde e com a doença. E, neste aspecto, as representações sociais consideram que “o objeto e o sujeito não são heterogêneos, o objeto está inscrito num contexto ativo, dinâmico, concebido pela pessoa ou coletividade” (MOSCOVICI, 1978, p.48). O exemplo disso, a definição do cuidado com a saúde e com a doença em face do tratamento dialítico depende da experiência pessoal de quem o produz, e a atividade representativa do cuidado com as complicações equivale a aceitar que existem relações entre o saber existente e sua capacidade de efetuar combinações entre conhecimentos novos. Assim, a probabilidade de contrair uma infecção se articula com fatos do adoecimento, crenças sobre o tratamento e sentimentos reproduzidos a partir da experiência.

A estrutura central representacional do cuidado com a doença, para o conjunto de pessoas com DRC, está pautada na dimensões hábitos de vida, vinculada à alimentação e higiene e a aspectos avaliativos associados ao controle de líquidos, e na dimensão biomédica com a diálise. Este enfoque também está presente no conteúdo representacional do cuidado com a saúde e com a doença manifestado na análise *tri-croisé*, classe 1, associado ao aspecto restritivo articulado ao controle, como a dificuldade devido à sede, exigência do tratamento contínuo, entre outros.

Desse modo, as representações manifestam o pensamento social, com “certa quantidade de crenças”, e consistem em “fundamentos de modos de vida”, “memórias coletivas que conferem autoridade ao sistema de normas e valores associados ao objeto” (ABRIC, 2003, p.40). Portanto, a alimentação, a higiene, o controle de líquidos e a diálise configuram um quadro de referência comum que gera construções cognitivas e tomadas de decisão e requerem ampliação da quantidade de informações para o cuidado.

A necessidade de qualificação para o cuidado com a saúde e a doença envolve um conhecimento mais aprofundado sobre o processo de adoecimento para que se entendam os aspectos relevantes para o cuidado. As inquietações destas pessoas são diversas, desde aspectos elementares ligados ao controle, abordados anteriormente, até especificidades como conhecer os parâmetros de referência para o consumo do sódio e outros.

A grande preocupação é conhecer os alimentos, haja vista a transversalidade da nutrição no cuidado com a saúde e a doença para a pessoa com DRC, com impacto



para a manutenção do equilíbrio vital. Reconhecer as particularidades dos alimentos consumidos é imprescindível para evitar riscos e desordens no equilíbrio eletrolítico do organismo, evitar internações, entre outros. Com isso, há necessidade de que as informações sejam obtidas por fontes confiáveis e de que se efetue o cruzamento dessas informações em várias fontes.

No entanto, ao considerar as representações sociais como orientadoras das práticas, conforme propõe Abric (1998), deve-se reconhecer que não são os conhecimentos científicos que, num primeiro momento, determinarão as estratégias de controle necessárias à manutenção do equilíbrio, mas sim o conhecimento do senso comum sobre a alimentação, a ingestão de sal, a ingestão e de líquidos e os demais cuidados implicados na DRC. Dessa forma, um longo trabalho a fim de provocar mudança de representações deve ser operado com pessoas com doenças crônicas que dependem de cuidados cotidianos. Conceitos construídos com base na experiência e na transmissão geracional precisam ser substituídos por outros oriundos do conhecimento científico.

O cuidado nutricional é considerado fundamental para pessoa com DRC, pois a doença em si impõe desafios clínicos, como a desnutrição causada pela uremia devido à perda da função exócrina do rim, o que resulta em estado inflamatório crônico; perda proteica no período intradialítico e sintomatologia associada à doença que contribui para anormalidades nutricionais (SANTOS et al., 2013). Cabe salientar que isso se alia ao fato de que a pessoa nesta condição apresenta consumo inadequado de alimentos e os distúrbios eletrolíticos causam risco de morte nesta população. (MACHADO; BAZANELLI; SIMONY, 2014).

Paralelamente à qualificação para o cuidado nutricional, a pessoa com DRC enfrenta outros problemas de saúde concomitantes ao seu processo de adoecimento e necessita buscar explicações para sua condição específica, como a baixa imunidade e ocorrência de eventos infecciosos, devido ao estado de imunossupressão (FONSECA et al., 2013). Cientes da condição imunológica vulnerável, as pessoas se sentem ameaçadas e tornam-se vigilantes sobre sua saúde.

Além disso, processos inflamatórios podem desencadear muitos sintomas não específicos, muitas vezes denominados de comportamentos doentios, incluindo fraqueza, mal-estar, incapacidade de concentração, humor deprimido, entre outros (RIDDER et al., 2008). Assim, essa sintomatologia pode se tornar um obstáculo psicológico para a autogestão da doença, devido a sua interferência na disposição e motivação da pessoa para prover seu cuidado.

A necessidade de qualificação para o cuidado também surge em função de atualizar-se sobre as possibilidades terapêuticas, como o transplante renal. Estudo de Mendonça, Salvetti e Maia et al. (2015) aponta que um dos domínios que apresenta maior correlação negativa com a qualidade de vida antes do transplante renal é a capacidade para o trabalho e a dor. De modo que a necessidade de melhorar a qualidade de vida por meio da capacidade funcional (trabalho) frente ao adoecimento renal consiste em critério que impulsiona a pessoa a buscar conhecer alternativas terapêuticas diferentes para fazer a diálise.

O conhecimento para prover o cuidado com a saúde e a doença surge das necessidades e interesses das pessoas com DRC e é produzido através das informações veiculadas em diferentes fontes, como os profissionais de saúde, a mídia, os manuais e revistas de grande circulação. Alguns desses subsídios são incorporados na formação e na transformação das representações sociais, interferindo no desenvolvimento das práticas de cuidado voltadas à saúde e à doença.

As representações sociais na dimensão da atitude articulam-se ao posicionamento positivo ou negativo das pessoas com DRC frente ao cuidado e a própria doença, o que pode influenciar os comportamentos associados ao cuidado com a saúde e a doença. As representações sociais, como “sistema de interpretação, orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais” (JODELET, 2001, p.5). Assim, essa representação se materializa na edificação de condutas que produzem vários elementos, entre eles, o controle, a disciplina, os vínculos, a atenção, a tranquilidade e o otimismo.

O tema controle inclui perspectivas das pessoas com DRC sobre obter uma compreensão de como reconhecer sintomas e ajustar seu regime alimentar, manter o tratamento dialítico e restringir a ingestão de líquidos. A vida regrada sobrecarrega, e é considerada um fardo permanente. O objeto cuidado com a saúde e a doença encontra-se fortemente associado à ideia de viver a rotina, o que é relevante para o grupo, por ser este um compromisso.

Destaca-se que a aproximação das análises estrutural e análise *tri-croisé* reforça aspectos associados ao julgamento realizado pelas pessoas com DRC. A dimensão avaliativa começa no próprio centro da representação de cuidado com a doença (estende aos quatro quadrantes), com os termos *controle de líquido*, *alimentação controlada*, *controle da pressão* e *controle de sal*, incluindo neste contexto um aspecto prático de reconstrução cognitiva do cuidado.

Com isso reafirma os conteúdos processuais sobre aspectos restritivos do controle, mais pronunciados no grupo da hemodiálise. Isso implica dizer que a pessoa com DRC molda o processo de representação em íntima relação com a experiência prática da doença e do tratamento

Ao mesmo tempo, as atitudes e emoções para com a DRC e dieta interagem e revelam sentimentos negativos, o que leva a vislumbrar a alternativa do transplante como duvidosa. Assim, as crenças sobre a doença, o tratamento e o próprio controle são considerados para influenciar o enfrentamento da pessoa (JANSEN et al., 2010). Além disso, observa-se uma percepção negativa dos vários domínios da representação da doença, associada ao risco de mortalidade entre pessoas com doença renal crônica avançada. (CHILCOT; WELLSTED; FARRINGTON, 2011).

A partir do conhecimento das taxas sanguíneas de potássio e fósforo elevadas, as pessoas com DRC reafirmam o controle nutricional, suas especificidades e qualidade como determinantes para manter a saúde. A compreensão dos sintomas decorrentes da quebra da rotina alimentar leva a pessoa a entender o cuidado com a saúde com preocupação. No estágio avançado da DRC, a presença de sintomas insidiosos pode implicar sugestões para obter a consciência da doença devido à incerteza sobre seu curso, gravidade e gestão. (PAGELS; SÖDERQUIST; HEIWE, 2015).

Considerar a representação de cuidado com a saúde e a doença entre pessoas com DRC significa compreender o contexto em que elas se inserem e as construções advindas da experiência. A experiência da doença renal crônica leva a pessoa a elaborar uma concepção da saúde como valorosa e prioritária. E as representações em relação ao cuidado com a saúde, na visão dos participantes, encontram-se baseadas nas imagens de que o cuidado requerido é igual a um “animal forte e resistente” e a uma “planta que precisa ser regada” para manter-se viva.

Com isso, as representações sociais como formas de conhecimentos são consideradas como estruturas cognitivas e afetivas e precisam ser entendidas a partir da sua funcionalidade nas interações sociais cotidianas (SPINK, 2013). Assim, o conhecimento subjacente da representação de saúde está ligado à vigilância permanente dos aspectos essenciais para as ações que envolvem o cuidado com a saúde e a doença e também ao que determina essa elaboração, a interpretação da saúde como algo frágil, e a simbolização do cuidado objetivada na imagem da planta significa disciplina e zelo.

Jodelet (2001) concebe que a representação preenche as funções de identidade social e de equilíbrio sóciocognitivo que se inter-relacionam às defesas

mobilizadas pela interrupção da novidade. Quando a doença renal apareceu, foi sentida como uma ameaça à vida porque infringia os valores anteriores, ligados ao cuidado com a saúde. Igualmente, a pessoa com DRC considera como perigoso o fato de negligenciar o cuidado com determinados tipos de alimentos.

Quando, entretanto, a doença é incontornável, em lugar de evitá-la, faz-se um trabalho de ancoragem, para familiarizar e integrar a disciplina do cuidado alimentar ao universo de pensamento preexistente, ligado à experiência. E isso corresponde à função cognitiva essencial da representação, inclui o elemento estranho no ambiente social (JODELET, 2001). Assim, as pessoas com DRC em tratamento dialítico constroem um sistema de representação do cuidado nutricional, que lhes permite não só administrar o intercâmbio cotidiano, mas também defender-se e evitar aqueles alimentos que julgam perigosos a sua integridade física.

A partir das proposições de Jodelet (2001) considera-se que a disciplina conforma uma dimensão representacional ligada ao cuidado, construída entre as pessoas com DRC. Ela se estabelece a partir da experiência negativa partilhada pelo grupo e determina uma visão consensual dessa realidade. E, ainda, permite a pessoa integrar a interiorização da experiência, seu modo de cuidar da saúde e da doença, socialmente partilhado com os pares, aproximando a vida mental individual e coletiva da pessoa.

O cuidado com a saúde é objetivado na imagem de um animal robusto, resistente e forte. Da mesma maneira, o cuidado com a doença é objetivado na figura de um animal delicado, expressando amor e carinho. Entende-se que a representação do cuidado com a saúde e a doença ressalta o aspecto ambíguo que requer proteção e força e, ao mesmo tempo, precisa ser afável e delicado.

Ressalta-se que a afetividade faz parte do cuidado e o estabelecimento de vínculos nas relações interpessoais é favorável ao cuidado, pois promovem confiança. Particularmente, as relações familiares fortes e de apoio aliviam o estresse e os encargos relacionados à diálise peritoneal (TONG et al., 2013). E ainda, familiares, amigos e profissionais de saúde podem fornecer apoio essencial e assistência no processo de autogestão (LIN et al., 2012). A manutenção dos vínculos familiares, quando presentes, agencia a capacidade de resistência efetiva para alcançar um ajuste positivo.

A análise estrutural reforça essas constatações, na medida em que apresenta compartilhamento de conteúdos afetivos na representação do cuidado

com a saúde e a doença, expressos no conjunto de termos indutores e grupos de tratamentos dialíticos, e refere-se às consequências positivas que se opõem a doença. Esses elementos presentes na periferia da estrutura representacional, tal qual aborda Abric (2003, p.52), desempenham a função reguladora no núcleo central e possibilitam “suportar, absorver uma mudança de atitude diante do objeto”, sem modificar em profundidade a representação. Logo, os conteúdos afetivos na estrutura representacional oferecem potencialidade à mudança de atitude diante do cuidado.

O bom relacionamento, acolhimento e atenção foram citados como aspectos do cuidado com a doença. Isso proporciona conforto, principalmente quando predominam sentimentos de impotência que podem gerar vivências de desamparo desvalia. Dessa forma, ser cuidado significa transcender a dimensão técnica e estabelecer a relação terapêutica e de confiança (RODRIGUES; BOTTI, 2009). A atenção e o tratamento afetuoso são primordiais e funcionam como um reforço positivo para o cuidado. (MERCADO-MARTINEZ et al., 2014).

Due et al. (1999) definem que a nomenclatura apoio, comumente usada como apoio social, seria uma faceta funcional das relações interpessoais, e possui senso de integração e diz respeito a aspectos mais qualitativos da relação social, já o termo rede social ou rede de apoio envolveria a faceta estrutural, cujas principais dimensões seriam o apoio emocional, instrumental, informacional e cognitivo.

Diante dessa abordagem, considera-se que a natureza dos vínculos ligados ao apoio da família e dos profissionais de saúde entre pessoas com DRC refere-se tanto ao aspecto funcional quanto ao estrutural. Assim, o vínculo promovido pelo relacionamento satisfatório no âmbito do contexto do tratamento insere-se no campo das relações afetivas e promove bem-estar (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008b). O convívio e o apoio familiar constituem um suporte que suaviza danos físicos e psicológicos entre outros (COSTA; COUTINHO, 2014). E igualmente, ambos oferecem apoio emocional, portanto, conformam a rede de apoio.

A partir da abordagem de Doise (1986, p.85), a noção de representação social busca aprofundar aspectos ligados à posição e à inserção social dos grupos onde as representações são construídas e as define como “princípios geradores de tomada de posição ligados a inserções específicas em um conjunto de relações sociais”. Com base no entrelaçamento entre as dinâmicas relacionais e as

representativas propostas por Doise (1986), definem-se quatro níveis explicativos da psicologia social.<sup>4</sup>

A esse respeito examina-se que, quando a questão vínculo é promovida pelo acolhimento agregado ao elemento cuidado familiar e profissional, o entrelaçamento da dinâmica relacional em nível interpessoal é marcado por uma interação positiva desencadeada pela confrontação das diferentes perspectivas, a afetiva agregada ao cuidado e ao contexto hostil do tratamento. Assim, as representações sociais de cuidado com a saúde e a doença têm como um dos seus conteúdos a atenção. Igualmente, em nível ideológico, reforçam as crenças de que a dedicação é um elemento representacional para o cuidado com a saúde e com a doença expresso como: “ajuda a não desanimar”.

Em razão disso, a imagem do cuidado com a doença renal é objetivada na figura de um animal calmo, associada ao sentido de alívio. Entende-se que, neste caso, a relação de simbolização, ou seja, substituição do cuidado pela imagem e a interpretação, confere a significação da tranquilidade ao cuidado. A tranquilidade e a sensibilidade são expressões integradas ao cuidado entre as pessoas com DRC e revelam aspectos de como a pessoa organiza a sua experiência no ambiente doméstico quando existe o apoio da família. Estas caracterizam o nível intrapessoal do entrelaçamento entre a dinâmica relacional e representação (DOISE, 1986).

Diante do universo complexo do adoecimento renal, alguns declaram alta importância em manterem-se otimistas, engajados nas atividades como forma de driblar a rotina pesada do tratamento. A maneira como a pessoa reage à doença determina uma convivência mais harmoniosa com o cuidado e marca a característica de algumas destas pessoas. Aparecem emoções ligadas à alegria pelo convívio e à elevação de responsabilidade pessoal e certo respeito frente à doença.

A integração com o tratamento é apresentada por Tong et al. (2013) como proposta que reforça a positividade para o cuidado, através do engajamento da pessoa que passa a determinar e regular o tratamento em seu estilo de vida diário

---

<sup>4</sup> Nível intrapessoal - focaliza apenas a maneira com que o indivíduo organiza sua experiência no ambiente, não oferecendo explicações sociais e ou respeito da interação do indivíduo com o meio em que está inserido. Nível interpessoal e situacional - o princípio explicativo típico é a interação, pois as pessoas são intercambiáveis e as operações cognitivas são estudadas por coordenação interindividual ou mediante a confrontação de diferentes perspectivas. Nível posicional - leva em conta as diversas posições que os atores sociais ocupam nas relações características de uma sociedade e o nível ideológico enfoca o sistema de crenças, representação, avaliações e normas sociais que toda sociedade desenvolve para validar a manutenção da ordem social estabelecida (DOISE, 1986, p.85).

Elas se sente capazes de ajustar-se aos eventos inesperados ou não planejados. Araújo, Pereira e Santos (2009) revelam a importância de a pessoa em conhecer a doença e a terapêutica ofertada, pois assim poderá atuar ativamente no tratamento, exercendo sua autonomia.

Obviamente, essa “autonomia depende da configuração da identidade pessoal, pois essa não é construída pelo comportamento e nem pelas relações, mas por meio da capacidade de manter uma narrativa de vida”, uma vez que esta permite a construção de sentido dos acontecimentos e, por meio dela adquire-se autonomia (JUNGES; BAGATINI 2010, p.181). Para entender esse fenômeno pode-se introduzir a noção de identidade, apresentada por Deschamps (2009, p.19): “a identidade percebida através da representação de si”. Assim a identidade faz parte do sujeito e relaciona-se ao movimento de pertencimento, resultando da dupla constatação semelhanças/dessemelhanças e diferenças/padronagens entre si mesmo e em relação aos outros.

Pontua-se que a identidade é construída a partir das representações que um grupo ou sociedade possuem sobre si, pois “representar implica significar e, ao produzir representações damos sentido a nossa vida” (DA SILVA, 2000, p.17). De modo que a pessoa com DRC que aceita sua condição passa a assumir-se com uma identidade de sujeito da doença e possui uma atitude mais responsável com o cuidado com sua saúde e a doença.

A decisão de levar uma “vida normal”, para as pessoas com DRC está associada a uma autoimagem otimista e positiva diante da doença. O trabalho e a manutenção do vínculo social auxiliam na manutenção desta confiança. Considera-se que essas pessoas possuem potencial elevado para adquirir autonomia e fazer a autogestão da doença, pois os elementos representacionais do cuidado alicerçam-se na “alegria”, na “vontade de viver” e no “bom astral”. Isso permite inferir que os elementos constituintes destas representações fornecem pistas sobre cognições que se relacionam com o conhecimento perante a doença.

Ressalta-se que o termo *trabalho* confirma sua posição na estrutura da representação social do cuidado com a saúde, no conjunto de pessoas com DRC, a qual se organiza em torno da noção positiva de funcionalidade. Esse elemento periférico parece sinalizar para a importância da função de socialização do trabalho, uma vez que a atividade laboral é tomada na sua dimensão pessoal, pois é concebida na relação direta com o cotidiano e com as condições concretas da vida da pessoa com DRC. E, quando é possível à pessoa com DRC adaptar-se às novas

experiências a partir do trabalho, ela se sente dinâmica, capacitada e responsável. (OLIVEIRA et al., 2015).

Os termos *tranquilidade* e *descanso*, associados à dimensão de bem-estar, e a cognição *vida* relacionada à qualidade de vida marcam a periferia distante da representação social do cuidado com a saúde e referem-se ao contexto da vida da pessoa com DRC. Essas expressões caracterizam estados/necessidades específicas para se alcançar a saúde. Deste modo, a positividade no cuidado acompanha noções que associam a saúde à prevenção de doença, à necessidade de conforto, à ausência de doença e à atitude diante da doença.

A estrutura da representação de cuidado com a doença apresenta-se semelhante, já a estrutura da representação de cuidado com a saúde aponta os seguintes elementos: o controle é estruturador da representação e, em sua versão negativa, expressa-se nas práticas restritivas nutricionais, farmacológicas e terapêuticas dialíticas para autogestar o cuidado. Essa versão estrutural se confirma na análise cruzada, de forma pronunciada no grupo da hemodiálise.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de articular as representações sociais do cuidado com a saúde e a doença, na ótica das pessoas com DRC em tratamento dialítico, iniciam-se estas considerações, confrontando os elementos representacionais do processo de formação da representação obtido com auxílio das ferramentas textuais.

O primeiro ponto na perspectiva da análise processual sinaliza o consenso entre as pessoas com DRC quanto às representações acerca da doença no sentido de que ela significa força, perigo, invasão, frustração e medo da morte. Apesar dessa base comum conformando os elementos representacionais do adoecimento, no tratamento essas representações se configuram distintamente. O tratamento da hemodiálise reflete a noção de cárcere ligado ao controle, diferente da diálise peritoneal cuja flexibilidade para programar seu tratamento, leva à crença menos acentuada de que aprisiona, para incluir a preocupação, o compromisso e a responsabilidade.

Em relação às ameaças, o construto de fragilidade física é maior na hemodiálise, o que vem ao encontro do aspecto biomédico do método, a característica de remoção de escórias do organismo em menor tempo faz com que algumas pessoas se sintam mais cansadas após o tratamento. Diferentemente, da diálise peritoneal, em que a remoção se faz por período prolongado e com menos impacto físico. Na hemodiálise, a grande ameaça é a transgressão alimentar e hídrica e, na diálise peritoneal, a iminência da peritonite.

Destaca-se que, em ambos os grupos, a busca de conhecimento em diferentes fontes ampara a construção dos elementos representacionais do cuidado. No grupo da hemodiálise, a necessidade de autogestar o controle nutricional tem as fontes da internet como complementares às informações clínicas. Na diálise peritoneal, com as pessoas com escolaridade mais baixa, essa busca ocorre de forma mais pronunciada a partir das informações clínicas, consultas e profissionais de saúde direcionada para o cuidado higiênico, cuja representação é a proteção.

O segundo ponto confronta os elementos representacionais da estrutura e do processo de formação da representação. Foi identificado no compartilhamento da noção negativa na estrutura e no processo de formação da representação de cuidado com a saúde e a doença no tratamento de hemodiálise. Nesse grupo, observa-se a perenidade do controle, da restrição, das mudanças no estilo de vida impostas pelo tratamento dialítico acentua a organização do NC da representação relacionada à dimensão avaliativa.

Esse aspecto é reforçado mediante as verificações obtidas nas análises *standard e tri-croisé* de que o controle representa uma ameaça no cotidiano, permite o consenso sobre os sintomas da doença, o perigo da morte devido às transgressões nutricionais, hídricas, salinas e ao controle pressórico. Diferente do grupo da diálise peritoneal, para o qual, embora a estrutura representacional compartilhe conteúdos de dimensão biomédica, ligados à doença e de dimensão avaliativa ligados à saúde, a organização representacional do NC revela estabilidade para os elementos de dimensão de hábitos de vida e bem-estar.

No âmbito da análise processual, para o grupo da diálise peritoneal, o cuidado realizado com apoio compartilhado dos familiares alicerça tranquilidade, segurança e conforto. Assim, o tratamento promove condições de maior liberdade, que se aproximam do estilo de vida anterior das pessoas. A presença da família reafirma vínculos, conseqüentemente motiva, diminui a sobrecarga, auxilia no alívio do estresse. Na hemodiálise, o cuidado se impõe de forma mais acentuada associado ao alerta para os sintomas que podem levar à morte, ligados a falta de controles e a falha terapêutica. No grupo da diálise peritoneal, o suporte é facilitado com apoio do familiar e o compartilhamento do cuidado. Isso proporciona tranquilidade e bem-estar, uma vez que são elementos promotores de autoeficácia para realizar o cuidado.

Essas constatações confirmam o **primeiro pressuposto que sustenta esta tese: de que as representações sociais do cuidado com a saúde e a doença entre pessoas com DRC em estágio avançado variam conforme a trajetória da doença, nos distintos tratamentos dialíticos** e consistem num conjunto de conceitos associados que contribuem na interpretação de condutas de cuidado da DRC.

A análise das representações, na perspectiva dos elementos que qualificam a doença e o tratamento, apontou sentimentos como o sofrimento, a depressão, a tristeza, a culpa e o preconceito que ressignificam a imagem da doença como “limita, aprisiona e extingue a esperança”. Essa imagem da doença prepara a ação para construção da representação do cuidado, que não se faz passivamente, orientando comportamentos e as relações ligadas ao cuidado.

O sofrimento representa o viver a rotina da diálise, as alterações físicas e psicossociais, as transformações do domínio social e o confronto com as complicações. A depressão é objetivada na tristeza pela sobrecarga psicológica da doença e do tratamento, das limitações no viver, da responsabilidade diária com o tratamento. Esses elementos representacionais da doença e do tratamento levam à

representação do cuidado como tedioso, pois este se articula com outros objetos, a desesperança, a perda condição anterior e, com isso, a culpa. O modelo social da culpa está ancorado na omissão de saúde. Nessa condição, a imagem do cuidado é negativa, pois representa perda e privação.

As alterações decorrentes do tratamento produzem ainda diferenciação, levam ao estigma, e o ocultamento das marcas conforma a atitude simulada pelo medo da rejeição. Essa condição, quando presente, dificulta o cuidado, o que vem ao encontro de resultados de pesquisas que identificam a depressão como um fator que interfere na autogestão da DRC. Observa-se que o estigma se constitui em um pano de fundo de dimensão psicológica ligado à doença e foi um tema abordado a partir da análise processual, não sendo possível identificá-lo na análise estrutural.

Entre os aspectos constituintes da representação, a informação subsidia questões associadas às dificuldades, complicações, e à necessidade de qualificar o cuidado. A dificuldade de perceber-se “renal crônico” e aceitar essa condição agrega elementos da vivência. Os aspectos da vivência do tratamento e as complicações, as crenças e os acontecimentos que envolvem o adoecimento renal, sentimentos reproduzidos na experiência, configuram a materialidade para o processo de construção das representações de cuidado com a saúde e a doença, as quais possuem caráter móvel e flexível.

No enfoque da informação, a necessidade de qualificar o cuidado move essas pessoas a aprofundarem o conhecimento que embasa o controle alimentar, peculiaridades nutricionais, condição específica ligada à baixa imunidade, levando-as à busca de fontes confiáveis de informação, complementares à dimensão biomédica obtida no tratamento. Além disso, a informação sobre novas tecnologias ligadas ao transplante move a pessoa com DRC em busca de melhorar sua qualidade de vida. Assim, a informação conforma um grau de importância para a autogestão da doença, na medida em que qualifica o conhecimento e capacita a pessoa a ser dinâmica e envolvida no cuidado.

Por fim, as atitudes foram traduzidas por elementos que determinam o posicionamento positivo ou negativo, frente ao cuidado com a saúde e a doença, interferindo nas condutas, pautado no controle, na disciplina, nos vínculos, na atenção, na tranquilidade e no otimismo. O objeto cuidado com a saúde e a doença está ancorado na ideia de viver a rotina e significa compromisso e preocupação. A conduta do controle aponta o reconhecimento dos sinais e sintomas e o ajuste do regime alimentar. Isso leva a pessoa com DRC a construir um sistema represen-

tacional do cuidado nutricional que permite administrar o intercâmbio entre eles mesmos e evitar alimentos que julga prejudiciais a saúde.

A experiência da doença leva a pessoa a valorizar e priorizar a saúde, pois reconhece esta como frágil. Assim, a disciplina é promotora dos elementos representacionais do cuidado com saúde interpretado como forte, resistente e zeloso e que exige ser cultivado continuamente. Ao contrário da saúde, o cuidado com a doença é algo delicado, que requer proteção. Logo, o amor e o carinho conformam elementos representacionais do cuidado com a doença.

O vínculo estabelece confiança, alivia o estresse e a carga do tratamento de diálise peritoneal, assim como o tratamento afetuoso agencia o cuidado. A atenção configura um elemento representacional do cuidado com a saúde e a doença promotor de condições favoráveis e que atenuam o confronto diário com a doença e o tratamento. A tranquilidade e sensibilidade são expressões das representações de cuidado quando a experiência no ambiente doméstico conta com apoio familiar. Ressalta-se que a atitude otimista, quando presente, revela-se como elemento representacional do cuidado e permite melhor convivência com a rotina pesada do tratamento.

Essas considerações sustentam o **segundo pressuposto desta tese: de que as representações sociais de cuidado à saúde em pessoas com doença renal em estágio avançado variam conforme a vivência frente ao processo de adoecimento e consistem em conceitos que lhes estão associados e que contribuem para a interpretação das condutas na autogestão da doença**. As representações de cuidado podem favorecer a confiança ou autoeficácia, que estão entre os elementos indispensáveis à autogestão da doença.

Cabe ainda destacar que o agrupamento do universo semântico a partir da análise estrutural trouxe elementos que complementam enfoques da análise processual, mas, utilizado como técnica isolada, limitaria o entendimento do objeto cuidado com a saúde e a doença. Isso é reafirmado na literatura, que indica que investigações em representações sociais requerem uso de métodos associativos e interrogativos.

Para a enfermagem em especial, no que se refere às implicações práticas em nefrologia, considera-se que as representações de cuidado da pessoa com DRC subsidiam o desenvolvimento da promoção da saúde e gestão da doença, pois possibilitam desconstruir a perspectiva centrada no controle da doença. Elas sinalizam as respostas humanas aos processos de vida, de saúde e de doença, o

que implica reconhecer as necessidades subjetivas e coletivas da pessoa nessa condição para redefinir fazeres e saberes na prática.

Tem-se a noção de que muitas pessoas com DRC apresentam dificuldade na incorporação das recomendações de cuidado, e, sobretudo, na integração do dia a dia. Nesse trajeto de desafios, a enfermagem deve assumir sua particularidade face ao conhecimento e à prática para entender que a forma como a pessoa com DRC vive a doença e representa o cuidado é uma parte dessa peculiaridade. Isso mostra que a atenção à tomada de decisão da enfermagem deve girar em torno de conceitos como o cuidado sensível, o estabelecimento de vínculos que favoreçam a autogestão da DRC.

Perante a complexidade da DRC e do regime terapêutico, o foco de atenção dos enfermeiros deve englobar as construções sociais e pessoais envoltas no adoecimento das pessoas com DRC, para compreender a dimensão da necessidade ligada à terapêutica e ao cuidado no sentido de promover o desenvolvimento do potencial para o conhecimento e a identidade fluída da pessoa com a doença. Acolher essas construções é entender que nem todos possuem igual potencial para autonomia, mas têm possibilidade de responder melhor aos desafios de cuidado se tiverem o suporte necessário para fazê-lo.

Entre as implicações para o ensino, o estudo das RSs de cuidado sugere à formação acadêmica o desafio de ampliar os conhecimentos que subsidiam o cuidado na doença crônica, em especial a renal para além da dimensão biomédica, e contextualizar os elementos psicossociais da doença. Estes interagem com aspectos ligados aos hábitos de vida, domínio social, bem-estar conforme a estrutura representacional evidenciada nesta pesquisa.

Por fim, consideram-se algumas limitações desta pesquisa como o tempo necessário entre a aprovação e expansão dos centros de diálise, acessibilidade dos participantes do tratamento de diálise peritoneal e o contexto do estudo que exigiu adaptações, conhecimento e sensibilidade durante a coleta de dados.

A princípio, no projeto de pesquisa, constava somente a organização A e B. Durante o procedimento de coleta de dados, foi constatado quantitativo de adultos aquém daquele previsto inicialmente, quando se idealizou a coleta de dados, sendo a maioria destas pessoas idosas. Após entrar em campo e à medida que fomos efetuando a transcrição das falas, contatamos um número de pessoas com doença renal crônica nesta modalidade de tratamento muito restrito em relação aos critérios da pesquisa na sua totalidade.

A coleta de dados no grupo da diálise peritoneal, que se iniciou em 14 de outubro de 2014, vários agendamentos de entrevistas foram desmarcados devido à proximidade do final do ano e tendo em vista a necessidade do Centro de diálise de readequar sua agenda.

Ainda frente à constatação de que o número de pessoas com DRC, na modalidade de diálise peritoneal, não era de grande expressão nos centros de diálise e por não dispormos de um quantitativo que desse paridade ao grupo da hemodiálise, especificamente ao considerar a amostra de evocações de palavras, decidiu-se pela ampliação dos campos. Com isso, foi necessário submeter o projeto duas vezes ao Comitê de Ética e Pesquisa. Motivo pelo qual houve um atraso no encerramento da trajetória da pesquisa.

Durante a coleta de dados, algumas situações demandaram ajustes nesse percurso. Uma vez detectadas, durante a coleta de dados, limitações na parte escrita por grande parte dos participantes, os dados foram transcritos pelo pesquisador conforme a expressão destes no instrumento de coleta de dados.

Durante a entrevista, apesar de tentar conduzi-los em profundidade, percebemos que, em algumas vezes, os entrevistados eram sucintos no expressar-se através da fala. Eles ficavam em silêncio, olhavam para um ponto fixo, no característico embate do recordar. Percebemos, por meio da escuta sensível, que o momento que se formava era ambíguo para estas pessoas. Um ambiente simbólico que mobilizava emoções e sentimentos provados pelas lembranças.

Identificaram-se dificuldades quanto à demora no encerramento da coleta de dados na diálise peritoneal, pois, além de contar com quantitativo limitado de adultos na modalidade, houve a baixa frequência das pessoas agendadas às consultas mensais.

Ao finalizar esta pesquisa, em relação ao referencial teórico adotado acredita-se que ele forneceu o conteúdo básico para que se entenda como as pessoas com DRC, lidam com diferentes situações envolvendo o tratamento, o cuidado e a autogestão da doença, a partir de um pensamento comum, que considera a história, a cultura, os hábitos, as práticas e a emoção, essencial a construção do pensamento social do grupo.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, S. S. et al. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. **J Bras Nefrol**, v.32, n.1, p.45-50, 2010.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; DE OLIVEIRA, D. C. **Estudos inter disciplinar es de representação social** (p.27-38). Goiânia: AB Editora, 1998.
- ABRIC, J. C. **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. 227p.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F; LOUREIRO, M. C. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. UCG, 2003.
- AGHAKHANI, N. et al. The impact of education on nutrition on the quality of life in patients on hemodialysis: A comparative study from teaching hospitals. **Saudi J Kidney Dis Transpl**, v.23, n.1, p.26-30, 2012.
- ALCESTE. Version 2015.Toulouse: IMAGE, Programa do Computador, 2015.
- ARAÚJO, E. S; PEREIRA, L. L.; ANJOS, M. F. Autonomia do paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: a aceitação como fator decisório. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.spe1, p.509-514, 2009.
- ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teoria de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, v.117, p.127-147, 2002.
- ASPEN, T.; WOLLEY, M. J.; MA, T. M. RAJAH, E. et al. Understanding barriers to optimal medication management for those requiring long-term dialysis: rationale and design for an observational study, and a quantitative description of study variables and data. **BMC Nephrology**, v.16, n.102, p.2-10, 2015.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica da Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- BAILLIE, J.; LANKSHEAR, A. Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. **J Renal Care**, v.41, n.3, p.177-186, 2015.
- BANDURA, A. Recycling misconceptions of perceived self efficacy. **Cognitive Therapy and Research**, v.8, n.3, p.231-255, 1984.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J Bras Nefrol**, v.33, n.1, p.93-108, 2011.
- BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.4, p.550-5, 2014.

BHATTI, A. B.; ALI, F.; SATTI, S. A. Association between Chronic Kidney Disease and Depression. **Open J Nephrology**, v.4, p.55-60, 2014.

BOHM, J.; MONTEIRO, M. B.; THOME, F. S. Efeitos do exercício aeróbico durante a hemodiálise em pacientes com doença renal crônica: uma revisão da literatura. **J. Bras Nefrol**, v.34, n.2, p.189-194, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, Distrito Federal, 2008.

BURROWS-HUDSON, S.; PROWANT, B. F. **Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care**. American Nephrology Nurses' Association, 2005.

BURY, M. Chronic Illness as biographical disruption . **Sociology of Health & Illness** v.4, n.2, p.167-182, 1982.

BYRNE, J.; KHUNTI, K.; STONE, M.; FAROOQI, A.; CARR, S. Feasibility of a structured group education session to improve self management of blood pressure in people with chronic kidney disease: an open randomised pilot trial. **BMJ Open**, 2011

CALVEY, D.; MEE, L. The lived experience of the person dependent on haemodialysis. **J Renal Care**, v. 37, n.4, p.201-207, 2011.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C.; CAMARGO, B. V. (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Ed.UFPB, 2005. v.1.

CAMPOS, C. G. P.; MANTAVANI, M. F.; NASCIMENTO, M. E. B.; CASSI, C. C. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. **Rev Gaúcha Enferm**, v.36, n.2, p.106-112, 2015.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.5, p.799-805, 2010.

CAMPOS, P. A. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.3, p.435-445, 2003.

CASEY, J. R. et al. Patients' Perspectives on Hemodialysis Vascular Access: A Systematic Review of Qualitative Studies. **American J Kidney Diseases**, v.64, n.4, p.937-953, 2014.

CESAR, E. D. et al. A diálise peritoneal na vivencia de familiares e cuidadores. **Rev Rene**, v.14, n.3, p.541-548, 2013.

CHANOUZAS, D.; PING NG, K.; FALLOUH, B.; BAHARANI, J. What influences patient choice of treatment modality at the pre-dialysis stage? **Nephrol Dial Transplant**, v.27, n.4, p.1542-1547, 2012.



CHEN, S. H. et al. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease: a prospective randomized controlled trial. **Nephrol Dial Transplant**, v.26, p.3560-3566, 2011.

CHILCOT, J.; WELLSTED, D.; FARRINGTON, K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. **J Psychosomatic Research**, v.68, n.2, p.203-212, 2010.

CHILCOT, J.; WELLSTED, D.; DAVENPORT, A.; FARRINGTON, K.: Illness representations and concurrent depression symptoms in haemodialysis patients. **J Health Psychol**, v.16, n.7, p.1127-1137, 2011.

CHILCOT, J.; WELLSTED, D.; FARRINGTON, K. Illness perception predicts survival in hemodialysis patients. **Am J Nephrol**, v.33, n.4, p.358-363, 2011.

CHILCOT, J. The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. **Semin Dial**, v.25, n.1, p.59-64, 2012.

CHOI, E. S.; LEE, J. Effects of a Face-to-face Self-management Program on Knowledge, Self-care Practice and Kidney Function in Patients with Chronic Kidney Disease before the Renal Replacement Therapy. **J Korean Academy of Nursing**, v.42, n.7, p.1070-1078, 2012

COELHO, M. N. A.; SILVA, D. M. G. V.; PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.1, p.65-71, 2009.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde. **Ideias-Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-Unicamp**, Campinas, v.1, n.3, p.185-220, 2011.

COSTA E SILVA, M. E. D. et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.4, p.500-507, 2008.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Hemodiálise e depressão: representação social dos pacientes. **Psicologia em Estudo**, v.19, n.4, p.657-667, 2014.

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

CRUZ, D. O. A.; ARAÚJO, S. T. C. Diálise peritoneal: a percepção tátil do cliente na convivência com o cateter. **Acta Paul Enferm**, v.21, Esp, p.164-168, 2008.

CUETO-MANZANO, A. M.; MARTÍNEZ-RAMÍREZ, H. R.; CORTÉS-SANABRIA, L. Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach. **Clinical Nephrology**, v.74, Suppl 1, p.99-104, 2010.

CURTIN, R. B.; WALTERS, B. A. J.; SCHATELL, D.; PENNELL, P.; WISE, M.; KLICKO, K. Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients With Chronic Kidney Disease. **Medical Education Institute Inc**, v.15, n.2, p.191-205, 2008.

DA SILVA, T. T. (Org.). **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DAVISON, S. N.; JHAGRI, G. S. Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v.5, n. 11, p.1969-76, 2010.

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

DECI, E.L.; RYAN, R. M. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. **Psicologia canadense / Canadienne Psychologie**, v.49, n.3, p.182-185, 2008.

DEISSEIX, A.; MERVILLE, P.; COUZI, L. Analyse des représentations de l'hémodialyse et de la transplantation chez les patients insuffisants rénaux chroniques : une approche anthropologique. **Néphrologie & Thérapeutique**, v.6, n.2, 111-20, 2010.

DESCHAMPS, J. C.; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social**: dos processos identitários às representações sociais. Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DEVRAJ, R.; WALLACE, L. Application of the content expert process to develop a clinically useful low-literacy Chronic Kidney Disease Self-Management Knowledge Tool (CKD-SMKT). **Research in Social and Administrative Pharmacy** v.9, p.633-639, 2013.

DOISE, W. Les Représentations sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. **Textes de base en psychologie**: l'étude des représentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1986, p.81-94. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000115&pid=S0100-1574200200030000700007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000115&pid=S0100-1574200200030000700007&lng=en)>. Acesso em: 25 dez. 2014.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v.48, n.5, p.661-673, 1999.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCH, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 12.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FISCHER, M. J. et al. Sociodemographic factors contribute to the depressive affect among African Americans with chronic kidney disease. **Kidney International**, v.77, n.11, p.1010-1019, 2010.

FLAMENT, C. A. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

FONSECA, J. C. et al. Prevalência de infecção latente por Mycobacterium tuberculosis e risco de infecção em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise em um centro de referência no Brasil. **J Bras Pneumol**, v.39, n.2, p.214-20, 2013.

FOWLER, C.; BAAS, L. S. Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis. **Nephrology Nursing J**, v.33, n.2, 2006.

FROSTHOLM, L.; OERNBOELA, E.; CHRISTENSENA, K. S.; TOFTA, T.; OLESEN, F.; WEINMANN, J.; FINKA, P. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. **J Psychosomatic Research**, v.62, p.129-138, 2007.

GARG, N.; VENKATRAMAN, A.; PANDEY, A.; KUMAR, N. YouTube as a source of information on dialysis: A content analysis. **Nephrology**, v.20, p.315-320, 2015.

GHADDAR, S.; SHAMSEDEEN, W.; ELZEIN, H. Behavioral Modeling to Guide Adherence to Fluid Control in Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Nutrition*, v.19, n.2, p.153-160, 2009.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3.ed. (Tradução Portuguesa). Oeiras: Celta Editora, 1997.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade**. Rio de Janeiro: Ed. LTC, 2008.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. 17.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GOMES, A. M. T. **A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública: um estudo de representações sociais**. 2002, 250 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. As representações sociais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. **Rev Latino-am Enferm**, v.16, n.1, p.122-129, 2008.

GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Rev Esc Anna Nery**, v.16, n.1, p.111-120, 2012.

GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.5, p.925-30, 2011.

GOODMAN, H.; FIROUZI, A.; BANYA, W.; LAU-WALKER, M.; COWIE, M. R. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. **International J Nursing Studies**, v.50, p.945-953, 2013.

GRIVA, K.; DAVENPORT, A.; HARRISON, M.; NEWMAN, S. An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital- vs. home-based dialysis modalities. **J Psychosomatic Research**, v.69, n.4, p.363-370, 2010.

GUARESCHI, P. "Sem dinheiro não há salvação" : ancorado o bem e o mal entre neopentecostais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em Representações Sociais**. 12.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GUIRADO, L. et al. R. Porqué el Trasplante Renal de Donante Vivo da Mejores Resultados que elTrasplante Renal de Donante Cadáver? **Nefrologia**. v.28, n.2, p.159-167, 2008.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JANSEN, D. L. et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. **BMC Nephrology**, v.11, n.1, p.35, 2010.

JANSEN, D. L. et al. Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? **British J Health Psychology**, v.18, n.2, p.244-62, 2012.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In MOSCOVICI, S. **Psychologie sociale**. 2.ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 12.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

JUNGES, J. R.; BAGATINI, T. Construção de sentidos na narrativa de doentes crônicos. **Rev Associação Médica Brasileira**, v.56. n.2, p.179-185, 2010.

KAPTEIN, A. A. et al. Behavioural research in patients with end-stage renal disease: A review and research agenda. **Patient Education and Counseling**, v.81, p.23-29, 2010.

KIM, Y., EVANGELISTA, L. S. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. **Nephrology Nursing J: J American Nephrology Nurses Association**, v.37, n.3, p.271-281, 2010.

KUNTZ, K. K.; BONFIGLIO, D. B. V. Psychological distress in patients presenting for initial renal transplant evaluation. **J Clin Psychol Med Settings**, v.18, p.307-311, 2011.

LAHLOU, S. Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das representações sociais 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

LAI, A. Y.; ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T.; MOOPPIL, N.; GRIVA, K. Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis. **Patient Education and Counseling**, v.91, p.221-227, 2013.

LERNER, M. **Surplus powerlessness**. The psychodynamics of everyday life and the psychology of individual and social transformation (Reprin Ed). New York: Humanity Books, 1998.

LEVENTHAL, H; NERENZ, D.R.; NEREZ, D. The Common sense representation of illness danger. In: RACIMAN, S. (Ed.). **Medical Psychology**, v.II, p.7-30, New York: Pergamon Press, 1980.

LEVEY, A. S. et al. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. **Annals of Internal Medicine**, v.139, n.2, p.137-147, 2003.

LI, H.; JIANG, Y. F.; LIN, C. C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: descriptive study. **International J Nursing Studies**, v.51, p.208-216, 2014.

LIN, C. C. et al. Psychometric evaluation of a new instrument to measure disease self-management of the early stage chronic kidney disease patients. **J Clinical Nursing**, v.22, 1073–1079, 2012.

LIN, C. C. et al. Illness representations and coping processes of Taiwanese patients with early-stage chronic kidney disease. **J Nurs Res**. v.21, n.2, p.120-8, 2013.

LIN, C. C. et al. The chronic kidney disease self-efficacy (CKD-SE) instrument: development and psychometric evaluation. **Nephrol Dial Transplant**, v.27, n.10, p.3828-3834, 2015.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, v.26, n.1, p.1-7, 2003.

MACHADO, A. D.; BAZANELLI, A. P.; SIMONY, R. F. Avaliação do consumo alimentar de pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Ciência & Saúde**, v.7, n.2, p.76-84, 2014.

MACHADO, E. L. ET al. Fatores associados ao tempo de espera e ao acesso ao transplante renal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.12, p.2315-2326, 2012.

MANSUR, H. N. et al. Prevalência da fragilidade entre os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador e em diálise. **J. Bras Nefrol**, v.34, n.2, p.153-160, 2012

MANTOVANI, M. F.; MENDES, F. R. P.; ULBRICH, E. L.; BANDEIRA, J. M.; FUSUMA, F.; GAIO, D. M. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.4, p.662-8, 2011.

MARAGNO, F. et al. A hemodiálise no cotidiano dos pacientes renais crônicos. **Rev Inova Saúde**, v.1, n.1, p.16-30, 2012.

MARTINEZ-MERCADO, F. J.; SILVA, D. G. V.; SOUZA, S. S.; ZILLMER, J. G. V.; LOPES, S. G. R. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p.59-74, 2015.

MARTINS, C. T. B. et al. Comparação da capacidade cognitiva de pacientes em programa de hemodiálise crônica entre os que realizam atividade física assistida e os inativos. **J Bras Nefrol**, v.33, n.1, p.27-30, 2011.

McMANUS, R. et al. Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. **Lancet**, v.376, p.163-72, 2010.

MELO, O. S., et al. Repercussões da terapia comunitária integrativa nas pessoas doentes renais durante sessão de hemodiálise. **J Fundam. Care**. Online, v.7, n.2. p.2200-2214, 2015.

MENDONÇA, A. E. O. et al. Análise dos aspectos físicos da qualidade de vida de receptores de rim. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p.76-81, 2015.

MENIN, M. S. S. O aspecto normativo das representações sociais: comparando concepções. Educação e Psicologia. **Rev Educação Pública**, v.16, n.30, p.121-135, 2007.

MERCES, N. N. A.; ERDMANN, A. L. Enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas: produção científica de 1997 a 2007. **Acta Paul Enferm** v.23, n.2, p.271-77, 2010.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen, traduzido por Pedrinho A. Guareschi. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução de Santa Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOURA, R. C.; PERES, V. L. A.; REY, F. L. G. Doenças crônicas, subjetividade e construção de categorias de saúde. **Estudos**, v.38, n.01, p.173-195, 2011.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisa Psicologia**, v.6, n.2, p.72-88, dez. 2006.

NASCIMENTO-SCHULZ, C. M.; CAMARGO, B. V. Psicologia social: representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia**, v.8, n.3, p.287-299, 2000.

NOVAK, M. et al. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. **Seminars in Dialysis**, v.26, n.2, p.188- 194, 2013.

NOWAK, Z.; LAUDANSKI, Z. The perception of the illness with subsequent outcome measure in more favorable in continuous peritoneal dialysis vs hemodialysis in the framework of appraisal model of stress. **International J Medical Sciences**, v.11, n.3, p.291-297, 2014.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev Latino-Am Enferm**. v.21, p.[10 telas], jan./fev. 2013.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das Representações Sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Orgs.). **Experiência e representação social**: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

OLIVEIRA, D. C. et al. Estudo das representações sociais através de duas metodologias de análise de dados. **Rev Enferm UERJ**, v.11, n.3, p.317-327, 2003.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teóricas-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. p.573-603.

OLIVEIRA, D. G. et al. A positividade e negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.1, 2005.

OLIVEIRA, V. A. et al. Limites e possibilidades cotidianas pós-adoecimento para mulheres com doença renal em tratamento de hemodialítico. **Rev Enferm UFPI**, v.4, n.2, p.76-83, 2015.

ONG, S. W. et al. Using an Electronic Self-Management Tool to Support Patients with Chronic Kidney Disease (CKD): A CKD Clinic Self-Care Model. **Seminars in Dialysis**, v.26, n.2, p.195-202, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. World Health Organization, 2011.

PAES DE BARROS, B. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com nefropatia familiar. **J Bras Nefrologia**, v.33, n.2, p.120-128, 2011.

PAGELS, A. A.; KLANG, B.; HEIWE, S. S. Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. **J Renal Care**, v.41, n.3, p.146-155, 2015.

PAGELS, A. A.; SÖDERQUIST, B. S.; HEIWE, S. Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease. **J Renal Care**, v.41, n.3, p.146-155, 2015.

PARADISE, A. W.; KERNIS, M. H. Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. **J Psicologia Social e Clínica**, v.21, n.4, p.345-361, 2002.

PARFANI, M.; NISTOR, I.; COVIC, A. A systematic review regarding the association of illness perception and survival among end-stage renal disease patients. **Nephrol Dial Transplant**, v.0, p.1-8, 2013.

PATERSON, B. L. The shifting perspectives model of chronic illness. **J Nursing Scholarship**, v.33, n.1, p.21-26, 2001.

PAUDEL, K. et al. Lack of motivation: a new modifiable risk factor for peritonitis in patients undergoing peritoneal dialysis? **J Renal Care**, v.41, n.1, p.33-42, 2015.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enferm**, v.14, n.4, p.689-695, 2009.

PEREIRA, S. S.; SANTOS, L. F.; ROSSI, V. E. C. Qualidade de vida dos pacientes em tratamento de hemodiálise em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Saúde e Transformação Social**, v.3, n.4, p.51-54, 2012.

PERL, J. et al. Vascular access type and patient and technique survival in home hemodialysis patients: the Canadian Organ Replacement Register. **American Journal of Kidney Diseases**, v.67, n.2, p.251-259, 2015.

PISSIGNACCO, T. M. P.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. Estigma y fibrose cística. **Rev Latino-Am Enferm**, v.18, n.1, p.139-142, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos, avaliação e utilização**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUPIALES GUAMÁN, A. M. **Relación de los factores psicosociales con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sometidos a hemodiálisis regular, atendidos en el área de medicina interna del hospital provincial docente Ambato, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012**. Disponível em: <[http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3015?s how=full](http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3015?s%20how=full)>. Acesso em: 12/12/2013

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de doença renal crônica: representação social elaborada pelos adolescentes. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.2, p.193-200, 2008a.

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, M. L. O .S. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. **Acta Scientiarum. Health Science**, v.30, n.1, p.73-79, 2008b.

REDAT, F. et al. A Illness perception of migraineurs from the general population. **Psychology & Health**, v.28, n.4, p.384-398, 2013.



REIS, A. T.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Rev Enferm UERJ**, v.17, n.4, p.437-78, 2009.

RICHARD, C. J. ENGBRETSON, J. Negotiating living with an arteriovenous fistula for hemodialysis. **Nephrol Nurs J.**, v.37, n.4, p.363-74, 2010.

RIDDER, D. et al. H. Psychological adjustment to chronic disease. **Lancet**, v.19, n.371, p.246-255, 2008.

RIJKEN, M, et al.. Supporting self-management. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. **Caring for people with chronic conditions: a health system perspective** (Org.). World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. New York, 2008.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L.Cuidar e ser cuidado na hemodiálise. **Acta Paul Enferm**, v.22, (Especial-Nefrologia), p.528-350, 2009.

ROMÃO-JUNIOR, J. E. Doença Renal Crônica: estratégias para maior envolvimento do paciente em seu auto cuidado. **J Bras Nefrol**, v.26, n.1, p.1-3, 2004.

ROSO, C. C., et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador com insuficiência renal crônica. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.739-745, 2013.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano – as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. **A construção do objeto em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, C. P. Prefácio à edição brasileira. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos Interdisciplinares de representação social**. 2.ed. Goiânia: AB, 2000.

SANTOS, A. A. A.; VASCONCELOS, H. V. G.; BETÔNICO, G. N. Avaliação dos potenciais erros na realização da diálise peritoneal automatizada. **Colloquium Vitae**, v.3, n.(Esp.), p.3-14, 2011.

SANTOS, A. C. B. et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J Bras Nefrol**, v.35, n.4, p.279-288, 2013.

SANTOS, F. K.; VALADARES, G. V. Conhecendo as estratégias de ação e interação utilizadas pelos clientes para o enfrentamento da diálise peritoneal. **Esc Anna Nery**, v.17, n.3, p.423-431, 2013.

SANTOS, F. K.; VALADARES, G. V. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano. **Rev Enferm UERJ**, v.19, n.3, p.473-478, 2011.

- SANTOS, V. S. et al. Socio-demographic profile patients in a clinical peritoneal dialysis of Sergipe, Brazil. **Scientia Plena**, v.8, n.3, 2012.
- SCHATELL, D. Web-based Kidney Education: Supporting Patient Self-Management. **Seminars in Dialysis**, v.26, n.2, p.154–158, 2013.
- SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade do processo saúde doença: repensando a epidemia da AIDS após anti retrovirais. **Rev Enferm UERJ**, v.14, n.3, p.455-26, 2006.
- SCHULMAN-GREEN, D. et al. Processes of self-management in chronic illness. **J Nursing Scholarship**, v.44, n.2, p.136-144, Jun, 2012.
- SÊGA, R. A.O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Revista Anos**, v.90, p.128-133, 2000.
- SESSO, R. C. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise crônica 2012. **J. Bras Nefrol**, v.36, n.1, p.48-53, 2014.
- SHIH, L. C.; HONEY, M. The impact of dialysis on rurally based maori and their whanau/families. **Nursing Praxis in New Zealand**, v.27, n.2, 2011.
- SILVA, A. S. D.; SILVEIRA, R. S. D.; FERNANDES, G. F. M.; TOMASCHEWSKI, J. G.; BORDIGNON, S. S. Percepções do paciente renal submetido à hemodiálise e sua influência na qualidade de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, 2013.
- SILVA, A. N. et al. Waiting for a Kidney Transplant: Association With Anxiety and Stress. **Transplantation Proceedings**, v.46, n.6, p.1695-1697, 2014.
- SILVA, C. F. et al. Vivenciando o tratamento hemodialítico pelo portador de insuficiência renal crônica. **Rev Cubana Enfermaria**, v.30, n.3, 2015.
- SILVA, L. M.; BUENO, C. D. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Nutrire**, v.39, n.3, p.276-283, 2014.
- SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.2, p.626-640, 2014.
- SMITH, K. et al. Patient Perspectives on Fluid Management in Chronic Hemodialysis. **J Ren Nutr**, v.20, n.5, p.334-341, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Centro de diálise no Paraná**, 2015. Disponível em: <<http://sbn.org.br/institucional/regionais/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- SOLDÁ, D. A. et al. O retorno à hemodiálise após o insucesso do transplante renal: manifestações do paciente. **Nursing**, v.12, n.140, p.39-45, 2010.
- SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

- TAVARES, J. M. A.; LISBOA, M. T. L. Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar. **Rev Enferm UERJ**, v.23, n.3, p.344-349, 2015.
- TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. E. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.2, p.415-421, 2009.
- TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clínica Médica**, v.8, n.3. p.187-192, 2010.
- THEOFILOU, P. Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. **Int Urol Nephrol**, v.44, p.245-253, 2012.
- THOMAS, N.; BRYAR, R. An evaluation of a self-management package for people with diabetes at risk of chronic kidney disease. **Primary Health Care Research & Development**, v.14, p.270-280, 2013.
- THOMAS-HAWKINS, C.; ZAZWORSKY, D. Self-management of chronic kidney disease. **Am J Nursing**, v.105, n.10, p.40-48; Oct. 2005.
- TIMMER, L. et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. **Psychology and Health**, v.23, n.6, p.679-690, 2008.
- TONG et al. The perspectives of adults living with peritoneal dialysis: thematic synthesis of qualitative studies. **Am J Kidney Diseases**, v.61, n.6, p.873- 888, 2013.
- TONG, A. et al. Patient perspectives of a young adult renal clinic: A mixed-methods evaluation. **Nephrology**, v.20, n.5, p.352-359, 2015.
- TOUT, D. S. et al. Assessment of printed patient-educational materials for chronic kidney disease. **Am J Nephrol.**, v.38, n.3, p.184-194, 2013.
- TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Orgs.). **Teoria das representações sociais 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.p.101-121.
- VAN, D. S. et al. Patients' representations of their end-stage renal disease: relation with mortality. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v.24, n.10, p.3183-3185, 2009.
- WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27, n.4, p.521-526, 2011.
- WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 6.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- WELCH, J. L. et al. Self-Management Interventions in Stages 1 to 3 Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. **Nursing Research**, v.37, n.5, p.652-667, 2015.

WHONG, L. P. et al. Patient education and care for peritoneal dialysis catheter placement: a quality improvement study. **Peritoneal Dialysis International**, inPress. July 1, 2013.

WIGGINS, J.; PATEL, S. Management of chronic kidney disease in older adults. **Health Aging**, v.6, p.41-51, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases a vital investment**. Geneva: World Health Organization, 2005.

**APÊNDICE A - INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS FASE I DA PESQUISA****PESQUISA: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À  
SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA:  
ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO**

Questionário Evocações livres Grupos Social da Diálise Peritoneal e Hemodiálise

Identificação: 00\_ N° Participante: 0\_\_

- A. IDADE: A.1.  24 – 30 ANOS A.2.  31 – 40 ANOS A.3.  41 – 50 A. 4.  51 – 59 ANOS
- B. SEXO: B.1.  M B. 2.  F C.TRATAMENTO: C.1. HD C. 2.  PD
- D. TEMPO COM A DOENÇA: D.1.  6 M A 1 A; D.2. > 1 ANO A 5 A; D.3.  > 5 A 10 A; D.4. > 10 A
- E. TEMPO DE TRATAMENTO: D.1.  6 M A 1 A; D.2. > 1 ANO A 5 A; D.3.  > 5 A 10 A; D.4. > 10 A

- 1) Diga as cinco palavras que vêm imediatamente a sua mente, quando eu digo:  
**Cuidado com minha Doença Renal?**

---

---

---

---

---

- 2) Diga as cinco palavras que vêm imediatamente a sua mente, quando eu digo:  
**Cuidado com minha Saúde?**

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PESQUISA

### PESQUISA: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO

Entrevista Estruturada Grupos Social da Diálise Peritoneal e Hemodiálise  
N.º Participante:\*\*\*\*00\_\_

#### I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- a. Idade: 1. ( ) 24 – 30 2. ( ) 31-40 3. ( ) 41-50 4. ( ) 51- 59
- b. Sexo: 1. ( ) M 2. ( ) F
- c. Ocupação/Profissão: 1. ( ) profissional liberal 2. ( ) servidor público 3. ( ) outro
- d. Situação no Trabalho: Vínculo 1.Sim ( ) 2.Não ( )
- e. Horas de trabalho: 1. ( ) todo o dia 2. ( ) meio período 3. ( ) outro
- f. 1 Tipo no tratamento: 1. ( ) HD 2. ( ) PD
- g. 2 Tempo no tratamento: 1. ( ) de 6 m a 1 ano ; 2. ( ) 2 a – 5 a; 3. ( ) 5 a – 10 a; 4. ( ) > 10 anos
- h. Estado Conjugal: 1. ( ) vive com o companheiro(a); 2. ( ) não tem companheiro(a); 3 ( ) tem companheiro e não vive com ele
- i. Com quem vive: 1. ( ) familiares 2. ( ) outro
- j. Escolaridade: 1. ( ) fundamental 2. ( ) médio 3. ( ) superior
- k. Histórico Familiar: Possui outros familiares ou pessoas próximas com doença renal:  
1. ( ) sim 2. ( ) não

#### II ROTEIRO DE ENTREVISTA

##### **Temas: Doença Renal Crônica/ Cuidado com a própria saúde e com a doença renal**

1. Diga o que pensa sobre a doença renal crônica? Sobre o cuidado com sua saúde e o cuidado com a doença?
2. Fale-me a que imagem de animal/cor você associa a doença renal? E o cuidado com a sua saúde? E o cuidado com a sua doença?
3. Diga-me o que você sabe sobre a doença renal? E sobre o cuidado com a saúde? E o cuidado com a sua doença?
4. Fale-me como você se sente com relação à doença renal? E o cuidado com a sua saúde? E o cuidado com a sua doença?

## APÊNDICE C - DICIONÁRIO PADRONIZAÇÃO EVOC

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
abuso-comida	
academia	atividade-física
aceitação	
aceitar	aceitação
acompanhamento-médico	
acorda-cedo	
acreditar	
acreditar-deus	deus
açúcar	alimentação-controlada
adaptação	
afeto	
agradecer-deus	deus
água	controle-líquido
álcool	controle-álcool
alegria	
alimentação	
alimentação-adequada	
alimentação-balanceada	alimentação-adequada
alimentação-certa	alimentação-adequada
alimentação-controlada	
alimentação-diabético	alimentação-controlada
alimentação-saudável	alimentação-adequada
alimentação-saudável	alimentação-adequada
alimento	alimentação
alimento-certo	alimentação-adequada
alimentos	alimentação
alimento-saudável	alimentação-adequada
amar	amor
amar-muito	amor
ambiente	
amigos	amizade
amizade	
amor	
amor-filho	apoio-família
<b>amor-próprio</b>	
amor-vida	vida
anemia	
ânimo	vontade-viver
ansiedade	
apego-deus	deus
apego-Deus	deus

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
apoio	
apoio-família	
aprendizado	
assumir-doença	
atenção	
atenção-complicação	cuidado-doença
atendimento-certo	fazer-tratamento
atitude	
atividade	atividade-física
atividade-física	atividade-física
atividade-casa	atividade-física
atividade-física	
ausência-bebida	controle-álcool
ausência-estresse	evitar-estresse
ausência-líquido	controle-líquido
ausência-sal	controle-sal
autocuidado	
automedicação	
beber-água	controle-líquido
beber-pouco	controle-líquido
bebida	
bebida-alcoólica	controle-álcool
bem-estar	
boa-alimentação	alimentação-adequada
cálcio	
calma	
caminhada	atividade-física
cansaço	
capricho	
cardiologista	
carinho	
carinho-família	apoio-família
casa	
cateter	
cautela	
cérebro	
checape-geral	acompanhamento-médico
choro	
claro	
clima	
coisas-gosto	
colaboração-família	apoio-família
cólica	
comer-bem	alimentação-adequada
comer-frutas	alimentação-adequada
comer-menos	alimentação-adequada

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
comer-verdura	alimentação-adequada
comida	alimentação
comida-certa	alimentação-adequada
comida-saudável	alimentação-adequada
companhia-família	apoio-família
complicação	
complicação-saúde	complicação
complicado	complicação
conformar	
conforto	
consciência	consciência-doença
consciência-doença	
consequencia-doença	
consulta	acompanhamento-médico
consulta-médica	acompanhamento-médico
consulta-periódica	acompanhamento-médico
consultas	acompanhamento-médico
contato-médico	acompanhamento-médico
controle	ser-regrado
controle-alimento	
controle-carne	controle-alimento
controle-diabete	fazer-tratamento
controle-diabetes	
controle-fósforo	alimentação-controlada
controle-fruta	alimentação-controlada
controle-gordura	alimentação-controlada
controle-líquido	
controle-nervosismo	evitar-estresse
controle-peso	alimentação-controlada
controle-pressão	
controle-sal	
conversar-muito	
convivência	
convívio-família	apoio-família
coração	
coragem	
cotidiano	
cozinhar	
creatinina	
crença-Deus	deus
crescimento-família	apoio-família
cuidado	
cuidado- doença	cuidado-doença

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
cuidado-alimentação	alimentação-controlada
cuidado-alimento	alimentação-controlada
cuidado-bebida	controle-álcool
cuidado-casa	
cuidado-cateter	cuidado-fistula
cuidado-comida	alimentação-controlada
cuidado-diabetes	cuidado-doença
cuidado-diálise	
cuidado-filhos	
cuidado-fistula	
cuidado-higienico	
cuidado-infecção	cuidado-fistula
cuidado-limitado	
cuidado-mãos	higiene-mãos
cuidado-pressão	controle-pressão
cuidado-principal	cuidado-doença
cuidador	
cuidados	cuidado
cuidado-saúde	
cuidados-especiais	cuidado-doença
cuidado-tudo	cuidado
cuidando	cuidado
cuidar-alimento	alimentação-controlada
cuidar-bem	cuidado
cuidar-potássio	alimentação-controlada
cuidar-resfriado	
cuidar-sujeira	higiene
dançar	atividade-física
debilidade	
decepção	
dedicação	
dependência-outro	
depressão	
desânimo	
descansar	descanso
descanso	
descoberta	
descoberta-cura	
desconforto	
descuidado	descuido
descuido	
descuido-saúde	descuido
desejo	
desgaste	
despreocupação	
determinação	
deus	
dialise	
diálise-certa	dialise
dialise-contínua	dialise



<b>TERMO ORIGINAL</b>	<b>SUBSTITUIÇÃO</b>
diálise-correta	dialise
diálise-diária	dialise
diálise-peritoneal	dialise
diário	
dieta	alimentação-controlada
dieta-certa	alimentação-controlada
dieta-recomendada	alimentação-controlada
difícil	
dificuldade	difícil
dinheiro	
disciplina	
disciplina-alimentar	alimentação-controlada
disponibilidade	
disposição	
distância-família	apoio-família
diversão	
doação	
doença	
dor	
dormir	
dormir-bem	dormir
edema	
emagrecer	
emagrecimento	emagrecer
energético	
enfermagem	
equilíbrio	
escolha	
esforço	
esforço-braço	
esforço-fístula	fístula
espera	
esperança	
esperança-transplante	transplante
espiritualidade	deus
esporte	atividade-física
estar-feliz	felicidade
estressante	
estresse-cotidiano	estressante
estudo	
evita-açúcar	alimentação-controlada
evita-água	controle-líquido
evita-álcool	controle-álcool
evita-automedicação	automedicação
evita-café	alimentação-controlada
evita-cigarro	controle-cigarro
evita-doença	prevenção
evita-enlatados	alimentação-adequada

<b>TERMO ORIGINAL</b>	<b>SUBSTITUIÇÃO</b>
evita-esforço	limite-atividade
evita-estresse	evitar-estresse
evita-excesso	evitar-excesso
evita-frio	evitar-excesso
evita-frutas	alimentação-controlada
evita-gordura	alimentação-controlada
evita-líquido	controle-líquido
evitar- excesso	evitar-excesso
evitar gordura	alimentação-controlada
evitar- sol	evitar-excesso
evitar-acidentes	evitar-trauma
evitar-água	controle-líquido
evitar-álcool	controle-álcool
evitar-automedicação	automedicação
evitar-bebida	controle-álcool
evitar-carambola	alimentação-controlada
evitar-carne	alimentação-controlada
evitar-cigarro	controle-cigarro
evitar-desanimo	força-vontade
evitar-desgaste	limite-atividade
evitar-excesso	
evitar-feijão	alimentação-controlada
evitar-força	
evitar-frutas	alimentação-controlada
evitar-gordura	alimentação-controlada
evitar-líquido	controle-líquido
evitar-peso	alimentação-controlada
evitar-refrigereante	alimentação-controlada
evitar-sal	controle-sal
evitar-sedentarismo	exercício-físico
evitar-tocar	
evitar-tumulto	limite-atividade
evita-sal	controle-sal
evita-trauma	evitar-trauma
exagero	
exame preventivo	prevenção
exame-atual	exames-periódicos
exame-médico	acompanhamento-médico
exame-periódico	exames-periódicos
exame-rotina	exames-periódicos
exames	exames-periódicos
exames periódicos	exames-periódicos
exame-sangue	exames-periódicos
exames-certo	exames-periódicos
exames-constant	exames-periódicos

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
exames-médico	acompanhamento-médico
exames-periódico	exames-periódicos
exames-sangue	exames-periódicos
excesso-água	controle-líquido
excesso-sal	controle-sal
exercício	exercício-físico
exercício-físico	exercício-físico
exercício-fístula	fístula
exercício-leve	exercício-físico
<b>exercício-mental</b>	<b>psicológico</b>
exercícios	exercício-físico
exercício-físico	exercício-físico
experiências	
experiências-novas	experiências
faço-dieta	alimentação-controlada
falta	
falta-apetite	
falta-ar	
falta-atividade	limite-atividade
falta-diálise	
falta-hemodiálise	hemodiálise
falta-tempo	
família	apoio-família
família-ajuda	apoio-família
fazer-caminhada	exercício-físico
fazer-dieta	alimentação-controlada
fazer-exame	exames-periódicos
fazer-exames	exames-periódicos
fazer-exercício	exercício-físico
fazer-regime	alimentação-controlada
fazer-tratamento	
felicidade	
filhos	
fisioterapia	
fístula	
fístula-exercício	fístula
força	
força-vontade	
fósforo	alimentação-controlada
fragilidade	
fraqueza	
fruta-cítrica	alimentação-controlada
frutas-potássio	alimentação-controlada
futuro	
glicemia	exames-periódicos
glicose	exames-periódicos
habito-vida	
hemodiálise	
hemodiálise-certa	hemodiálise

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
hemodiálise-contínua	hemodiálise
hidratar	
higiene	
higiene-braço	higiene-mãos
higiene-mão	higiene-mãos
higiene-mãos	
higiene-pessoal	higiene
horário-regrado	ser-regrado
horário-remédio	medicação-correta
horários	
hospital	
humor	
importante	
imunidade	
inchaço-perna	
incomodo	
indignação	
infecção	
informação	
informação-doença	
insistir-tratamento	fazer-tratamento
insulina	
internação	hospital
inutilidade	
invalidez	
lar-casa	apoio-família
lavar-braço	higiene-mãos
lavar-mão	higiene-mãos
lazer	
liberdade	
liberdade-lazer	
limitação	limitações
limitações	
limite	limitações
limite-água	controle-líquido
limite-álcool	controle-álcool
limite-alimentação	alimentação-controlada
limite-andar	limite-atividade
limite-atividade	
limite-caminhada	limite-atividade
limite-cigarro	controle-cigarro
limite-comer	alimentação-controlada
limite-comida	alimentação-controlada
limite-complicações	
limite-exercício	limite-atividade
limite-frutas	alimentação-controlada
limite-gordura	alimentação-controlada
limite-lazer	limite-atividade
limite-líquido	controle-líquido
limites	

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
limite-sal	controle-sal
limite-social	limite-atividade
limite-viagem	limite-atividade
limpeza	
limpeza-ambiente	
limpeza-casa	limpeza-ambiente
limpeza-quarto	limpeza-ambiente
líquido	controle-líquido
líquidos	controle-líquido
lutar	
mais-racional	psicológico
mais-tempo	Tempo
mais-vida	Vida
mal-estar	
manter-atividade	exercício-físico
manter-tratamento	fazer-tratamento
máquina-segura	
marcas-corpo	
máscara	
material	
medicação	
medicação-certa	medicação-correta
medicação-correta	medicação-correta
medicação-horário	medicação-correta
medicamento	Medicação
medicamento-certo	medicação-correta
medicamento-indicado	medicação-correta
medicamentos	Medicação
médico	acompanhamento-médico
médico-periódico	acompanhamento-médico
médico-sempre	acompanhamento-médico
medo	
medo-morte	medo
melhora	
memória	
menos-água	controle-líquido
menos-carne	alimentação-controlada
menos-estresse	evitar-estresse
menos-excesso	ser-regrado
menos-fritura	alimentação-controlada
menos-sal	controle-sal
mente-ocupada	psicológico
mente-tranquila	Psicológico
morrer	morte
morte	
mudança	
mudança-vida	
muda-vida	mudança-vida
muito-cuidado	cuidado
necessário	necessidade

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
necessidade	
nervoso	
nutrição	
obediência	
obrigação	
oração	deus
orientação	
otimismo	
paciência	
participação	
passar	
passeios	passar
paz	
paz-casa	apoio-família
pensamento-positivo	
perda-dia	
perda-tempo	
perda-voz	
perigo	
peritônio	
perseverança	persistência
persistência	
persistente	persistência
perspectiva	
peso	
peso-braço	
picada-braço	
plano-saúde	
poder	
positivo	
potássio	alimentação-controlada
pouca-água	controle-líquido
pouca-gordura	alimentação-controlada
pouco-cuidado	falta-cuidado
pouco-lazer	
pouco-líquido	controle-líquido
pouco-sal	controle-sal
pratica-esporte	exercício-físico
praticar-esportes	exercício-físico
preocupação	
preocupação-família	apoio-família
preparo-alimento	alimentação-controlada
preparo-pessoas	
presa	
presença-hemodiálise	hemodiálise
preso	
pressão-alta	controle-pressão
pressão-arterial	controle-pressão
pressão-baixa	controle-pressão
prevenção	
prevenir	prevenção

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
preventivo-mama	prevenção
prioridade	
problema	
problema-saúde	
procurar-médico	acompanhamento-médico
produto-conservante	produto-industrializado
produto-industrializado	
proteção	
proteína	alimentação-controlada
psicológico	
psicológico-orientado	psicológico
qualidade-vida	
questionamento	
recuperação	
refrigerante	alimentação-controlada
regime	dieta
regra	ser-regrado
regras	ser-regrado
relação-marido	
relacionamento-filhos	
relaxamento-pernas	
religião	deus
remédio	medicação
remédio-certa	medicação-correta
remédio-certo	medicação-correta
remédio-diário	medicação-correta
remédio-hora	medicação-correta
remédio-horário	medicação-correta
remédio-pressão	
repouso	descanso
repouso-sono	descanso
respeitar-corpo	
respeitar-sono	descanso
respeito	
respeito-tratamento	fazer-tratamento
responsabilidade	
restrição	
restrição-líquidos	controle-líquido
reunião-bíblica	deus
rigor	ser-regrado
rim	
risco-grande	
risco-queda	
ritmo-normal	vida-normal
rotina-anual	
rotina-muda	mudança-vida
ruim	
sabedoria	
sal	controle-sal
satisfação	

TERMO ORIGINAL	SUBSTITUIÇÃO
saúde	
sede	
segue-orientações	fazer-tratamento
segue-regras	ser-regrado
seguir-dieta	alimentação-controlada
seguir-orientações	fazer-tratamento
seguir-regra	ser-regrado
sente-medo	medo
seriedade	
ser-regrado	
sintomas	
sódio	
sofrido	sofrimento
sofrimento	
sono	descanso
sossego	
tempo	
tempo-diálise	
temporário	tempo
todas sessões	fazer-tratamento
todos-exames	exames-periódicos
tolerância	paciência
toma-medicamento	medicação
tomando-medicação	medicação
tomando-remédio	medicação
tomar-insulina	insulina
tomar-medicação	medicação
tomar-medicamento	medicação
tomar-medicamentos	medicação
tomar-remédio	medicação
totalidade	
trabalhar	
trabalho	trabalhar
trabalho-normal	trabalhar
trabalhoso	
tranquilidade	
tranquilidade-mental	psicológico
transplante	
transporte	
tratamento	
tratamento-certo	fazer-tratamento
tratamento-contínuo	fazer-tratamento
tratamento-correto	fazer-tratamento
tratamento-pessoal	
tratar-doença	fazer-tratamento
tristeza	
ureia	
urina	
vacina	
viagem	
vícios	
vida	
vida-feliz	felicidade
vida-normal	

<b>TERMO ORIGINAL</b>	<b>SUBSTITUIÇÃO</b>
vida-parada	
vida-saudável	qualidade-vida
viver	vida
viver-bem	qualidade-vida
viver-tranquilo	qualidade-vida
vontade	
vontade-viver	
zelo	cuidado

## APÊNDICE D - CORPUS DAS EVOCAÇÕES

### CORPUS 1 EVOC - termo indutor "CUIDADO COM A DOENÇA RENAL"

001;2;1;2;2;1; 1 cuidado 2 medicação 3 difícil 4 controle-sal 5  
alimentação-controlada

002;2;2;2;2;1; 1 medicação 2 alimentação 3 cuidado 4 alimentação-  
controlada 5 cuidado

003;1;1;2;2;1; 1 restrição 2 cuidado 3 cuidado-doença 4 vida 5  
disponibilidade

004;1;1;2;2;1; 1 satisfação 2 sabedoria 3 cuidado 4 trabalhar 5  
alimentação-controlada

005;2;1;1;1;1; 1 limpeza 2 calma 3 transporte 4 alimentação 5 medicação-  
correta

006;2;2;2;1;1; 1 higiene 2 alimentação 3 controle-líquido 4 cuidado-  
fístula 5 evitar-excesso

007;2;2;2;2;1; 1 medicação 2 alimentação-controlada 3 descanso 4  
alimentação-controlada 5 fístula

008;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 cuidado-higiênico 4  
cuidado-casa 5 tratamento

009;1;1;1;1;1; 1 controle-líquido 2 abuso-comida 3 medicação-certa 4  
hemodiálise 5 exercício-físico

010;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 fazer-tratamento 3 alimentação-controlada 4  
alimentação-controlada 5 acompanhamento-médico

011;2;1;2;2;1; 1 controle-líquido 2 alimentação-controlada 3 amor 4  
alimentação-controlada 5 alimentação-controlada

012;2;2;2;2;1; 1 infecção 2 anemia 3 debilidade 4 fraqueza 5 emagrecer

013;2;1;2;2;1; 1 alimentação 2 bebida 3 alimentação-controlada 4 medicação  
5 limite-atividade

014;2;1;2;2;1; 1 controle-sal 2 controle-pressão 3 acompanhamento-médico 4  
consequencia-doença 5 transplante

015;2;1;2;1;1; 1 diálise 2 controle-pressão 3 alimentação-controlada 4  
cálcio 5 exagero

016;1;2;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 limitações 4 cuidado-  
fístula 5 peso

017;2;2;2;2;1; 1 prevenção 2 cuidado-saúde 3 desconforto 4 apoio-família 5  
alimentação-controlada

018;1;2;2;1;1; 1 difícil 2 alimentação-controlada 3 disciplina 4  
complicação 5 ser-regrado

019;2;1;1;1;1; 1 controle-líquido 2 controle-sal 3 alimentação-controlada  
4 controle-álcool 5 alimentação-controlada

020;1;2;2;2;1; 1 higiene 2 alimentação 3 desgaste 4 saúde 5 apoio-família

021;2;2;2;1;1; 1 saúde 2 alimentação 3 fazer-tratamento 4 atenção 5  
evitar-excesso

022;2;1;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 higiene 4 paciência 5  
transplante

023;1;1;2;2;1; 1 alimentação-controlada 2 alimentação-controlada 3  
controle-líquido 4 alimentação 5 cuidado

024;1;2;2;2;1; 1 responsabilidade 2 cuidado 3 disciplina 4 alimentação 5  
controle-líquido

025;2;1;2;2;1; 1 ser-regrado 2 trabalhar 3 alimentação-controlada 4  
diálise 5 descanso

026;2;1;1;1;1; 1 mudança-vida 2 alimentação 3 habito-vida 4 hemodiálise 5  
medicação

027;2;1;2;2;1; 1 controle-sal 2 controle-álcool 3 saúde 4 higiene 5  
alimentação-adequada

028;1;1;2;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 trabalhar 4 lazer 5  
transporte

029;2;1;1;1;1; 1 prevenção 2 cuidado 3 conformar 4 aceitação 5 tratamento  
030;1;1;1;1;1; 1 medicação 2 controle-sal 3 energético 4 controle-líquido  
5 alimentação-controlada  
031;2;1;1;1;1; 1 limpeza 2 cuidado 3 controle-líquido 4 alimentação-  
controlada 5 controle-sal  
032;2;1;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-sal 3 evitar-força 4 medicação 5  
hemodiálise  
033;1;2;2;2;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 fazer-tratamento 4  
aceitação 5 exames-periódicos  
034;2;2;1;1;1; 1 apoio-família 2 paz 3 amor 4 cuidado 5 preocupação  
035;2;1;1;1;1; 1 alimentação 2 medicação 3 trabalhar 4 evitar-força 5  
fazer-tratamento  
036;2;1;1;1;1; 1 cuidado 2 peso 3 controle-pressão 4 controle-diabetes 5  
alimentação  
037;2;2;1;1;1; 1 ruim 2 picada-braço 3 fístula 4 controle-pressão 5  
medicação  
038;2;2;2;2;1; 1 cuidado-saúde 2 alimentação 3 controle-líquido 4  
controle-álcool 5 higiene  
039;1;2;2;1;1; 1 saúde 2 cuidado 3 hemodiálise 4 perda-dia 5 limite-  
atividade  
040;2;2;2;2;1; 1 cuidado 2 higiene-braço 3 exercício-físico 4 alimentação-  
controlada 5 controle-sal  
041;2;2;2;2;1; 1 cuidado-limitado 2 alimentação 3 tratamento 4 medicação 5  
perda-voz  
042;1;1;2;2;1; 1 medicação 2 alimentação 3 controle-pressão 4 alimentação-  
controlada 5 alimentação-controlada  
043;1;1;2;2;1; 1 alimentação-controlada 2 medicação 3 exames-periódicos 4  
transplante 5 acompanhamento-médico  
044;2;1;2;2;1; 1 alimentação-controlada 2 alimentação 3 controle-álcool 4  
controle-líquido 5 cuidado  
045;1;2;2;1;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 peso 4 vida-normal 5  
remédio-pressão  
046;2;2;2;2;1; 1 cuidado 2 fístula 3 peso 4 relaxamento-pernas 5  
hemodiálise  
047;2;1;1;1;1; 1 atenção 2 risco-grande 3 ser-regrado 4 alimentação-  
adequada 5 exercício-físico  
048;1;1;2;2;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 cuidado-fístula 4  
evitar-trauma 5 medicação  
049;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 medicação 3 evitar-estresse 4 hemodiálise 5  
alimentação-controlada  
050;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 alimentação-controlada 4  
fazer-tratamento 5 diálise  
051;2;1;1;1;1; 1 descuido 2 transplante 3 apoio-família 4 controle-líquido  
5 liberdade-lazer  
052;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 diálise 3 esperança 4 medo 5 cuidado-  
fístula  
053;2;1;1;1;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 cuidado-fístula 4  
higiene 5 hemodiálise  
054;2;1;1;1;1; 1 medicação 2 controle-líquido 3 transplante 4 alimentação  
5 controle-pressão  
055;2;2;1;1;1; 1 dieta 2 medicação-correta 3 diálise 4 evita-esforço 5  
controle-pressão  
056;1;1;1;1;1; 1 saúde 2 vida 3 cuidado 4 paz 5 hemodiálise  
057;2;1;2;1;1; 1 despreocupação 2 alimentação 3 trabalhar 4 controle-  
álcool 5 evitar-trauma  
058;2;1;1;1;1; 1 morte 2 hospital 3 hospital 4 fístula 5 incomodo  
059;1;1;2;2;1; 1 difícil 2 disciplina 3 cuidado 4 ser-regrado 5 dedicação  
060;1;1;2;2;1; 1 alimentação-controlada 2 controle-líquido 3 adaptação 4  
consciência-doença 5 responsabilidade  
061;2;2;2;3;1; 1 alimentação-controlada 2 controle-líquido 3 limite-  
atividade 4 marcas-corpo 5 cuidado-fístula

062;2;2;1;1;1; 1 paciência 2 persistência 3 cuidado 4 fazer-tratamento 5 psicológico

063;2;1;2;1;1; 1 alimentação 2 disciplina 3 higiene 4 cuidado-fístula 5 medicação

064;2;2;2;2;1; 1 vida 2 apoio-família 3 apoio-família 4 cuidado-filhos 5 apoio-família

065;1;2;2;2;1; 1 responsabilidade 2 sabedoria 3 amor-próprio 4 apoio-família 5 tratamento-pessoal

066;1;2;2;1;1; 1 alimentação-controlada 2 medicação-correta 3 apoio-família 4 assumir-doença 5 lutar

067;2;2;2;2;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 esforço-braço 4 medicação 5 diálise

068;2;1;2;2;1; 1 controle-líquido 2 sódio 3 alimentação 4 alimentação-controlada 5 atividade-física

069;2;2;2;2;1; 1 sódio 2 controle-pressão 3 alimentação 4 alimentação-controlada 5 controle-líquido

070;1;1;1;1;1; 1 sofrimento 2 transplante 3 apoio-família 4 medicação-correta 5 alimentação

071;2;1;1;1;1; 1 controle-líquido 2 controle-álcool 3 alimentação 4 alimentação-controlada 5 atividade-física

072;1;1;2;2;1; 1 alimentação 2 saúde 3 disposição 4 memória 5 medicação

073;1;1;2;2;1; 1 risco-queda 2 alimentação 3 controle-líquido 4 higiene 5 medicação-correta

074;1;1;2;2;1; 1 controle-líquido 2 controle-álcool 3 alimentação-controlada 4 produto-industrializado 5 controle-sal

075;2;2;2;2;1; 1 higiene-braço 2 limpeza-ambiente 3 relacionamento-filhos 4 controle-álcool 5 controle-líquido

076;1;1;1;1;1; 1 tristeza 2 liberdade 3 fazer-tratamento 4 medicação-correta 5 atenção

077;2;2;1;1;1; 1 limpeza 2 alimentação 3 controle-líquido 4 peso 5 problema-saúde

078;2;2;2;1;1; 1 controle-cigarro 2 controle-álcool 3 higiene 4 evitar-estresse 5 controle-pressão

079;2;2;1;1;1; 1 limpeza 2 fístula 3 esforço-braço 4 limite-atividade 5 automedicação

080;2;2;2;2;1; 1 peso-braço 2 cuidar-resfriado 3 fazer-tratamento 4 controle-sal 5 medicação-correta

081;2;2;1;1;1; 1 limpeza 2 alimentação 3 alimentação-controlada 4 diálise 5 cansaço

082;2;2;2;2;1; 1 controle-líquido 2 alimentação-adequada 3 controle-alimento 4 alimentação-controlada 5 memória

083;2;2;1;1;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 peso 4 apoio-família 5 limite-atividade

084;1;1;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 2 controle-pressão 3 controle-diabetes

085;2;1;2;2;1; 1 higiene 2 tranquilidade 3 medicação 4 diálise 5 alimentação

086;2;2;2;2;1; 1 descuido 2 preparo-pessoas 3 adaptação 4 escolha 5 otimismo

087;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 diálise 3 medicação 4 higiene-braço 5 exercício-físico

088;1;1;2;2;1; 1 prevenção 2 exames-periódicos 3 controle-líquido 4 sódio 5 alimentação

089;2;2;2;1;1; 1 responsabilidade 2 cuidado-doença 3 alimentação-adequada 4 atividade-física 5 trabalhar

090;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 exames-periódicos 3 hemodiálise 4 enfermagem 5 controle-alimento

091;1;2;2;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 controle-pressão 4 controle-sal 5 psicológico

092;2;2;2;2;1; 1 casa 2 higiene 3 apoio-família 4 controle-sal 5 alimentação-controlada



093;1;1;2;2;1; 1 difícil 2 alimentação 3 limite-atividade 4 limite-atividade 5 controle-pressão  
094;1;1;2;2;1; 1 apoio-família 2 tratamento 3 medicação 4 transporte 5 limite-atividade  
095;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 peso 3 fístula 4 limite-atividade 5 dependência-outro  
096;1;1;1;1;1; 1 controle-pressão 2 alimentação 3 controle-sal 4 controle-líquido 5 alimentação-controlada  
097;2;2;2;2;1; 1 tranquilidade 2 apoio-família 3 alimentação-controlada 4 controle-líquido 5 imunidade  
098;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 fazer-tratamento 4 paciência 5 peso  
099;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 morte 4 descoberta-cura 5 tempo-diálise  
100;2;1;1;1;1; 1 alimentação 2 diálise 3 medicação 4 fazer-tratamento 5 informação  
101;2;2;1;1;2; 1 higiene 2 controle-sal 3 saúde 4 alimentação 5 controle-líquido  
102;2;2;2;2;2; 1 higiene 2 limpeza 3 alimentação 4 exercício-físico 5 apoio-família  
103;2;2;2;1;2; 1 controle-álcool 2 higiene-mãos 3 máscara 4 evitar-tocar 5 alimentação  
104;2;2;1;1;2; 1 alimentação-controlada 2 higiene 3 horários 4 desconforto 5 vida-normal  
105;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 controle-diabetes 4 acompanhamento-médico 5 exame-periódicos  
106;1;2;1;1;2; 1 alimentação 2 diálise 3 acompanhamento-médico 4 exames-periódicos 5 controle-líquido  
107;1;2;1;1;2; 1 tristeza 2 difícil 3 mudança-vida 4 relação-marido 5 trabalhar  
108;1;2;1;1;2; 1 difícil 2 trabalhoso 3 complicação 4 sofrimento 5 diário  
109;2;2;1;1;2; 1 higiene 2 cuidado 3 tranquilidade 4 apoio 5 apoio-família  
110;1;2;2;2;2; 1 diálise 2 medicação 3 limpeza 4 alimentação 5 paciência  
111;2;2;1;1;2; 1 higiene 2 alimentação 3 persistência 4 positivo 5 fazer-tratamento  
112;2;2;1;1;2; 1 alimentação 2 cuidado-diálise 3 limpeza 4 higiene-mãos 5 evita-enlatados  
113;1;1;1;1;2; 1 dedicação 2 estressante 3 medicação 4 alimentação 5 exames-periódicos  
114;2;1;1;1;2; 1 diálise 2 alimentação-controlada 3 dor 4 morte 5 perda-tempo  
115;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 exercício-físico 3 descanso 4 alimentação-controlada 5 higiene  
116;2;2;1;1;2; 1 cuidado-infecção 2 higiene 3 limpeza-ambiente 4 higiene-mãos 5 alimentação  
117;2;2;2;2;2; 1 limpeza 2 tranquilidade 3 ambiente 4 infecção 5 higiene  
118;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 diálise 3 dormir 4 medicação 5 atividade-física  
119;2;2;1;1;2; 1 higiene 2 medicação-correta 3 alimentação 4 exames-periódicos 5 acompanhamento-médico  
120;2;1;2;2;2; 1 casa 2 higiene 3 higiene-mãos 4 infecção 5 apoio-família  
121;2;2;2;2;2; 1 saúde 2 autocuidado 3 sofrimento 4 vontade-viver 5 paciência  
122;2;2;1;1;2; 1 higiene 2 limpeza-ambiente 3 apoio-família 4 alimentação 5 controle-líquido  
123;2;1;2;2;2; 1 infecção 2 complicação 3 sintomas 4 higiene-mãos 5 cateter  
124;1;2;2;1;2; 1 higiene 2 medicação-correta 3 alimentação 4 ser-regrado 5 mudança-vida  
125;2;1;2;1;2; 1 higiene 2 diálise 3 medicação 5 exames-periódicos 6 alimentação

126;2;1;2;1;2; 1 alimentação 2 higiene-mãos 3 medicação 4 acompanhamento-médico 5 exames-periódicos  
127;1;1;1;1;2; 1 higiene 2 alimentação 3 medicação 4 exames-periódicos 5 acompanhamento-médico  
128;2;2;1;1;2; 1 cuidado 2 doença 3 morte 4 nervoso 5 filhos  
129;2;1;1;1;2; 1 diálise 2 alimentação 3 esforço 4 controle-líquido 5 urina  
130;1;2;2;1;2; 1 saúde 2 fragilidade 3 doação 4 vida 5 apoio-família  
131;2;1;2;1;2; 1 dor 2 cuidado 3 controle-líquido 4 alimentação 5 proteção  
132;2;2;1;1;2; 1 controle-líquido 2 alimentação-controlada 3 falta-apetite 4 descanso 5 anemia  
133;2;1;1;1;2; 1 diálise 2 higiene 3 medicação 4 acompanhamento-médico 5 exames-periódicos  
134;2;2;2;2;2; 1 higiene 2 alimentação 3 presa 4 mudança 5 afeto  
135;2;1;1;1;2; 1 higiene 2 alimentação 3 sede 4 coração 5 preocupação  
136;1;2;2;2;2; 1 medo 2 apoio-família 3 diálise 4 alimentação 5 medicação  
137;1;2;2;1;2; 1 cateter 2 transplante 3 infecção 4 alimentação 5 alimentação-controlada  
138;1;1;1;1;2; 1 diálise 2 alimentação 3 medicação 4 transplante 5 controle-líquido  
139;1;1;1;1;2; 1 controle-sal 2 rim 3 doença 4 tratamento 5 diálise  
140;1;2;2;2;2; 1 tristeza 2 preocupação 3 futuro 4 indignação 5 melhora  
141;2;2;2;1;2; 1 diálise 2 dor 3 cólica 4 medo 5 transplante  
142;2;2;1;1;2; 1 vida-parada 2 inutilidade 3 esperança 4 deus 5 diálise  
143;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 tratamento 3 atividade-física 4 estudo 5 diálise  
144;1;2;2;1;2; 1 controle-líquido 2 sede 3 diálise 4 ser-regrado 5 limitações  
145;2;2;1;1;2; 1 ruim 2 doença 3 tempo 4 descanso 5 transplante  
146;2;1;1;1;2; 1 medo 2 morte 3 cuidado 4 diálise 5 tempo  
147;2;1;1;1;2; 1 controle-sal 2 morte 3 alimentação-controlada 4 limite-atividade 5 alimentação-controlada  
148;2;2;2;1;2; 1 rim 2 diálise 3 tempo 4 medicação 5 apoio-família  
149;1;2;1;1;2; 1 restrição 2 controle-líquido 3 desânimo 4 espera 5 ansiedade  
150;2;1;1;1;2; 1 higiene 2 alimentação 3 medicação 4 medo 5 diálise  
151;1;1;2;1;2; 1 atividade-física 2 pouco-lazer 3 diálise 4 tempo 5 trabalhar  
152;1;1;1;1;2; 1 transplante 2 anemia 3 trabalhar 4 cansaço 5 diálise  
153;2;2;1;1;2; 1 controle-líquido 2 controle-sal 3 diálise 4 controle-líquido 5 tempo  
154;1;1;2;2;2; 1 higiene 2 participação 3 apoio-família 4 diálise 5 tratamento  
155;2;1;1;1;2; 1 infecção 2 sintomas 3 complicação 4 mal-estar 5 perigo  
156;1;2;2;2;2; 1 ruim 2 diálise 3 cansaço 4 preso 5 experiências  
157;2;2;2;2;2; 1 preocupação 2 medo 3 esperança 4 coragem 5 deus  
158;1;2;2;1;2; 1 problema 2 medo 3 morte 4 diálise 5 transplante  
159;1;2;2;1;2; 1 controle-sal 2 controle-líquido 3 diálise 4 alimentação-controlada 5 transplante  
160;1;1;1;1;2; 1 cuidado 2 controle-líquido 3 rim 4 cateter 5 peritônio  
161;2;1;2;2;2; 1 creatinina 2 uréia 3 cuidado 4 controle-líquido 5 controle-sal  
162;2;1;1;1;2; 1 cuidado 2 diálise 3 higiene 4 medicação 5 tempo  
163;2;1;2;2;2; 1 acompanhamento-médico 2 cuidado 3 alimentação 4 transplante 5 saúde  
164;2;2;2;1;2; 1 questionamento 2 dor 3 infecção 4 problema 5 cuidado  
165;2;1;1;1;2; 1 morte 2 invalidez 3 limite-atividade 4 acompanhamento-médico 5 medicação

**CORPUS 2 EVOC - termo indutor "CUIDADO COM A SAÚDE"**

001;2;1;2;2;1; 1 controle-sal 2 alimentação 3 ser-regrado 4 alimentação-controlada 5 alimentação-controlada  
 002;2;2;2;2;1; 1 medicação 2 alimentação-controlada 3 insulina 4 alimentação-controlada 5 alimentação-controlada  
 003;1;1;2;2;1; 1 coisas-gosto 2 trabalhar 3 vida 4 difícil 5 ser-regrado  
 004;1;1;2;2;1; 1 prevenção 2 força-vontade 3 paciência 4 atitude 5 seriedade  
 005;2;1;1;1;1; 1 cuidado-doença 2 higiene 3 limpeza-ambiente 4 medicação-correta 5 apoio-família  
 006;2;2;2;1;1; 1 acompanhamento-médico 2 cuidador 3 cuidado 4 enfermagem 5 máquina-segura  
 007;2;2;2;2;1; 1 complicação 2 alimentação-adequada 3 controle-sal 4 controle-álcool 5 alimentação-controlada  
 008;2;2;1;1;1; 1 fazer-tratamento 2 medicação 3 tratamento 4 alimentação 5 acompanhamento-médico  
 009;1;1;1;1;1; 1 fazer-tratamento 2 medicação 3 hemodiálise 4 força-vontade 5 força-vontade  
 010;2;2;1;1;1; 1 exames-periódicos 2 rotina-anual 3 controle-diabetes 4 exames-periódicos 5 acompanhamento-médico  
 011;2;1;2;2;1; 1 tratamento 2 capricho 3 conversar-muito 4 amor 5 hemodiálise  
 012;2;2;2;2;1; 1 medicação 2 alimentação 3 evitar-excesso 4 controle-sal 5 evitar-excesso  
 013;2;1;2;2;1; 1 hemodiálise 2 medicação-correta 3 bebida 4 alimentação 5 controle-líquido  
 014;2;1;2;2;1; 1 prevenção 2 exames-periódicos 3 ser-regrado 4 atividade-física 4 acompanhamento-médico  
 015;2;1;2;1;1; 1 responsabilidade 2 vontade 3 perspectiva 4 vida 5 psicológico  
 016;1;2;1;1;1; 1 alimentação 2 medicação 3 exames-periódicos 4 exercício-físico 5 medicação-correta  
 017;2;2;2;2;1; 1 proteção 2 controle-líquido 3 controle-sal 4 necessidade 5 sofrimento  
 018;1;2;2;1;1; 1 medicação 2 tratamento 3 esperança 4 alimentação 5 vida  
 019;2;1;1;1;1; 1 atividade-física 2 exercício-físico 3 descanso 4 evitar-estresse 5 apoio-família  
 020;1;2;2;2;1; 1 acompanhamento-médico 2 medicação 3 higiene 4 transplante 5 conforto  
 021;2;2;2;1;1; 1 fazer-tratamento 2 responsabilidade 3 paciência 4 higiene 5 tranquilidade  
 022;2;1;1;1;1; 1 tratamento 2 alimentação 3 controle-líquidos 4 medicação-correta 5 controle-pressão  
 023;1;1;2;2;1; 1 alimentação 2 descuidado 3 acompanhamento-médico 4 hospital 5 conforto  
 024;1;2;2;2;1; 1 acreditar 2 responsabilidade 3 disciplina 4 cuidado 5 medicação  
 025;2;1;2;2;1; 1 deus 2 apoio-família 3 clima 4 alimentação 5 trabalhar  
 026;2;1;1;1;1; 1 exercício-físico 2 trabalhar 3 controle-álcool 4 controle-cigarro 5 medicação  
 027;2;1;2;2;1; 1 exercício-físico 2 dormir 3 acorda-cedo 4 atividade-física 5 diálise  
 028;1;1;2;1;1; 1 alimentação 2 higiene 3 trabalhar 4 apoio-família 5 tempo  
 029;2;1;1;1;1; 1 alimentação 2 medicação 3 tranquilidade 4 aceitação 5 apoio-família  
 030;1;1;1;1;1; 1 cuidado 2 automedicação 3 acompanhamento-médico 4 exercício-físico 5 psicológico  
 031;2;1;1;1;1; 1 alimentação-controlada 2 controle-líquido 3 alimentação-controlada 4 exames-periódicos 5 medicação

032;2;1;1;1;1; 1 tratamento 2 alimentação-controlada 3 alimentação-adequada 4 ser-regrado 5 medicação

033;1;2;2;2;1; 1 exames-periódicos 2 exercício-físico 3 alimentação-adequada 4 medicação 5 lazer

034;2;2;1;1;1; 1 sossego 2 tranquilidade 3 passear 4 amor 5 trabalhar

035;2;1;1;1;1; 1 medicação 2 fazer-tratamento 3 ser-regrado 4 alimentação-controlada 5 alimentação-controlada

036;2;1;1;1;1; 1 controle-diabetes 2 alimentação 3 controle-pressão 4 inchaço-perna 5 vida

037;2;2;1;1;1; 1 tratamento 2 cuidado 3 atividade-física 4 exercício-físico 5 medicação

038;2;2;2;2;1; 1 higiene 2 medicação 3 acompanhamento-médico 4 trabalhar 5 exercício-físico

039;1;2;2;1;1; 1 alimentação 2 psicológico 3 amizade 4 deus 5 deus

040;2;2;2;2;1; 1 infecção 2 higiene-braço 3 controle-pressão 4 medicação 5 alimentação-controlada

041;2;2;2;2;1; 1 descanso 2 fraqueza 3 transplante 4 medicação 5 alimentação-adequada

042;1;1;2;2;1; 1 controle-líquido 2 alimentação 3 medicação 4 controle-pressão 5 apoio-família

043;1;1;2;2;1; 1 cuidado 2 alimentação 3 evitar-excesso 4 cuidado-fístula 5 acompanhamento-médico

044;2;1;2;2;1; 1 acompanhamento-médico 2 tratamento 3 atividade-física 4 exercício-físico 5 trabalhar

045;1;2;2;1;1; 1 obrigação 2 exames-periódicos 3 alimentação 4 controle-líquido 5 atividade-física

046;2;2;2;2;1; 1 alimentação-adequada 2 alimentação-adequada 3 trabalhar 4 atividade-física 5 descanso

047;2;1;1;1;1; 1 cuidado-doença 2 cuidado 3 alimentação-adequada 4 evitar-estresse 5 medicação-correta

048;1;1;2;2;1; 1 alimentação 2 cautela 3 medicação 4 controle-pressão 5 diálise

049;2;2;2;2;1; 1 vontade-viver 2 força 3 apoio-família 4 fazer-tratamento 5 controle-líquido

050;2;2;1;1;1; 1 medicação-correta 2 alimentação 3 atividade-física 4 higiene 5 alimentação-adequada

051;2;1;1;1;1; 1 alimentação-adequada 2 fazer-tratamento 3 deus 4 vida 5 força-vontade

052;2;2;1;1;1; 1 alimentação-adequada 2 cuidado-fístula 3 controle-líquido 4 trabalhar 5 higiene

053;2;1;1;1;1; 1 hemodiálise 2 descanso 3 atividade-física 4 lazer 5 higiene

054;2;1;1;1;1; 1 exagero 2 acompanhamento-médico 3 dormir 4 trabalhar 5 lazer

055;2;2;1;1;1; 1 hemodiálise 2 medicação-correta 3 controle-pressão 4 limite-atividade 5 descanso

056;1;1;1;1;1; 1 alimentação 2 medicação 3 evitar-excesso 4 atividade-física 5 descanso

056;1;1;1;1;1; 1 medicação-correta 2 alimentação-controlada 3 exames-periódicos 4 exercício-físico 5 controle-pressão

058;2;1;1;1;1; 1 morte 2 dor 3 limitações 4 disciplina 5 apoio-família

059;1;1;2;2;1; 1 obediência 2 orientação 3 acompanhamento-médico 4 alimentação 5 atividade-física

060;1;1;2;2;1; 1 alimentação 2 higiene 3 humor 4 bem-estar 5 exercício-físico

061;2;2;2;3;1; 1 exercício-físico 2 alimentação-controlada 3 controle-líquido 4 cuidado-fístula 5 força

062;2;2;1;1;1; 1 medicação 2 alimentação 3 exercício-físico 4 descanso 5 controle-álcool

063;2;1;2;1;1; 1 emagrecer 2 qualidade-vida 3 acompanhamento-médico 4 alimentação-controlada 5 imunidade

064;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 limite-atividade 4 cuidado-fístula 5 exercício-físico

065;1;2;2;2;1; 1 alimentação 2 exercício-físico 3 ser-regrado 4 apoio-família 5 amor-próprio

066;1;2;2;1;1; 1 prioridade 2 apoio-família 3 higiene 4 deus 5 otimismo

067;2;2;2;2;1; 1 controle-álcool 2 alimentação-controlada 3 alimentação 4 controle-líquido 5 limite-atividade

068;2;1;2;2;1; 1 higiene 2 alimentação 3 exercício-físico 4 controle-álcool 5 controle-cigarro

069;2;2;2;2;1; 1 insulina 2 controle-diabetes 3 alimentação 4 controle-pressão 5 medicação

070;1;1;1;1;1; 1 falta-cuidado 2 exercício-físico 3 vida 4 esperança 5 persistência

071;2;1;1;1;1; 1 atividade-física 2 exercício-físico 3 atividade-física 4 trabalhar 5 medicação

072;1;1;2;2;1; 1 vida 2 recuperação 3 determinação 4 fazer-tratamento 5 trabalhar

073;1;1;2;2;1; 1 fazer-tratamento 2 exercício-físico 3 medicação 4 alimentação 5 higiene

074;1;1;2;2;1; 1 alimentação-controlada 2 produto-industrializado 3 exercício-físico 4 alimentação 5 ser-regrado

075;2;2;2;2;1; 1 prevenção 2 complicação 3 controle-líquido 4 tranquilidade 5 lazer

076;1;1;1;1;1; 1 respeitar-corpo 2 trabalhar 3 alegria 4 tratamento 5 alimentação-adequada

077;2;2;1;1;1; 1 alimentação 2 consciência-doença 3 evitar-estresse 4 tranquilidade 5 apoio-família

078;2;2;2;1;1; 1 diálise 2 medicação-correta 3 ser-regrado 4 controle-cigarro 5 alimentação

079;2;2;1;1;1; 1 evitar-excesso 2 medicação 3 fazer-tratamento 4 alimentação-adequada 5 dormir

080;2;2;2;2;1; 1 fazer-tratamento 2 atividade-física 3 psicológico 4 exercício-físico 5 higiene

081;2;2;1;1;1; 1 medicação-correta 2 insulina 3 atividade-física 4 atividade-física 5 fístula

082;2;2;2;2;1; 1 acompanhamento-médico 2 medicação 3 fazer-tratamento 4 exames-periódicos 5 alimentação-controlada

083;2;2;1;1;1; 1 medicação 2 alimentação 3 peso 4 exercício-físico 5 felicidade

084;1;1;1;1;1; 1 controle-diabetes 2 controle-pressão 3 atividade-física 4 sódio 5 controle-líquido

085;2;1;2;2;1; 1 sódio 2 alimentação-controlada 3 exames-periódicos 4 controle-líquido 5 peso

086;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 esperança 3 adaptação 4 preparo-pessoas 5 escolha

087;2;2;1;1;1; 1 acompanhamento-médico 2 controle-pressão 3 medicação 4 exames-periódicos 5 controle-alimento

088;1;1;2;2;1; 1 exames-periódicos 2 alimentação 3 sódio 4 controle-líquido 5 medicação-correta

089;2;2;2;1;1; 1 atividade-física 2 alimentação-adequada 3 psicológico 5 humor

090;2;2;1;1;1; 1 alimentação-controlada 2 disposição 3 pensamento-positivo 4 deus 5 apoio-família

091;1;2;2;1;1; 1 exercício-físico 2 alimentação 3 trabalhar 4 amizade 5 experiências

092;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 descanso 3 qualidade-vida 3 apoio-família 4 alegria

093;1;1;2;2;1; 1 controle-pressão 2 alimentação 3 controle-líquido 4 descanso 5 medicação

094;1;1;2;2;1; 1 tratamento 2 exercício-físico 3 medicação 4 informação-doença 5 limite-complicações

095;2;2;1;1;1; 1 alimentação-adequada 2 hidratar 3 atividade-física 4 peso 5 controle-sal  
096;1;1;1;1;1; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 controle-sal 4 alimentação-controlada 5 descoberta  
097;2;2;2;2;1; 1 alimentação 2 medicação-correta 3 higiene 4 atividade-física 5 atividade-física  
098;2;2;1;1;1; 1 tratamento 2 controle-líquido 3 alimentação 4 cuidado-diabetes 5 higiene  
099;2;2;2;2;1; 1 choro 2 decepção 3 alimentação-controlada 4 fístula 5 edema  
100;2;1;1;1;1; 1 acompanhamento-médico 2 medicação-correta 3 alimentação 4 estressante 4 qualidade-vida  
101;2;2;1;1;2; 1 controle-sal 2 controle-líquido 3 diálise 4 higiene 5 limpeza-ambiente  
102;2;2;2;2;2; 1 tranquilidade 2 dormir 3 descanso 4 alimentação 5 lazer  
103;2;2;2;1;2; 1 acompanhamento-médico 2 prevenção 3 prevenção 4 cardiologista 5 alimentação-controlada  
104;2;2;1;1;2 1 difícil 2 alimentação-controlada 3 atividade-física 4 higiene 5 medicação-correta  
105;2;1;1;1;2; 1 ser-regrado 2 pensamento-positivo 3 deus 4 trabalhar 5 humor  
106;1;2;1;1;2; 1 alimentação 2 controle-álcool 3 descanso 4 convivência 5 atividade-física  
107;1;2;1;1;2; 1 descuido 2 vícios 3 desânimo 4 atenção 5 cuidado-saúde  
108;1;2;1;1;2; 1 necessidade 2 difícil 3 importante 4 claro 5 complicação  
109;2;2;1;1;2; 1 alimentação 2 higiene 3 alimentação-controlada 4 tratamento 5 descanso  
110;1;2;2;2;2; 1 alimentação 2 tratamento 3 medicação 4 higiene 5 tranquilidade  
111;2;2;1;1;2; 1 exames-periódicos 2 alimentação 3 controle-pressão 4 exames-periódicos 5 felicidade  
112;2;2;1;1;2; 1 acompanhamento-médico 2 alimentação-controlada 3 exames-periódicos 4 diálise 5 tranquilidade  
113;1;1;1;1;2; 1 prevenção 2 alimentação 3 exercício-físico 4 automedicação 5 exames-periódicos  
114;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 medicação 3 exercício-físico 4 psicológico 5 deus  
115;2;1;1;1;2; 1 bem-estar 2 controle-sal 3 alimentação-controlada 4 exercício-físico 5 tranquilidade  
116;2;2;1;1;2; 1 diálise 2 limpeza-ambiente 3 atividade-física 4 alimentação-controlada 5 acompanhamento-médico  
117;2;2;2;2;2; 1 limpeza 2 ambiente 3 higiene-mãos 4 higiene 5 cuidado-cateter  
118;2;1;1;1;2; 1 exercício-físico 2 alimentação 3 medicação-correta 4 dormir 5 acompanhamento-médico  
119;2;2;1;1;2; 1 medo 2 depressão 3 higiene 4 alimentação 5 exames-periódicos  
120;2;1;2;2;2; 1 qualidade-vida 2 otimismo 3 deus 4 medicação-correta 5 higiene  
121;2;2;2;2;2; 1 alimentação 2 limitações 3 limite-atividade 4 trabalhar 5 falta-ar  
122;2;2;1;1;2; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 limpeza-ambiente 4 medicação 5 controle-pressão  
123;2;1;2;2;2; 1 alimentação 2 controle-líquido 3 exercício-físico 4 dormir 5 medicação  
124;1;2;2;1;2; 1 controle-pressão 2 infecção 3 medicação 4 alimentação 5 diálise  
125;2;1;2;1;2; 1 alimentação-controlada 2 controle-álcool 3 acompanhamento-médico 4 exames-periódicos 5 medicação  
126;2;1;2;1;2; 1 controle-sal 2 controle-álcool 3 controle-cigarro 4 alimentação-controlada 5 controle-líquido

127;1;1;1;1;2; 1 alimentação 2 higiene 3 medicação 4 alimentação-controlada 5 controle-líquido  
128;2;2;1;1;2; 1 cuidado 2 falta 3 cuidado 4 medicação 5 dinheiro  
129;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 afeto 3 apoio-família 4 higiene 5 medicação  
130;1;2;2;1;2; 1 alimentação 2 cansaço 3 fragilidade 4 respeito 5 acompanhamento-médico  
131;2;1;2;1;2; 1 bem-estar 2 alimentação 3 proteção 4 cuidado 5 vida  
132;2;2;1;1;2; 1 alegria 2 atividade-física 3 cozinhar 4 dormir 5 passear  
133;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 exercício-físico 3 descanso 4 medicação 5 acompanhamento-médico  
134;2;2;2;2;2; 1 descuido 2 falta-tempo 3 tempo 4 saúde 5 bem-estar  
135;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 descanso 3 controle-cigarro 4 controle-álcool 5 atividade-física  
136;1;2;2;2;2; 1 cuidado 2 trabalhar 3 alimentação 4 apoio-família 5 material  
137;1;2;2;1;2; 1 qualidade-vida 2 viagem 3 cotidiano 4 atividade-física 5 trabalhar  
138;1;1;1;1;2; 1 bem-estar 2 vida 3 transplante 4 apoio-família 5 exercício-físico  
139;1;1;1;1;2; 1 liberdade 2 paz 3 vontade 4 cuidado 5 alimentação  
140;1;2;2;2;2; 1 alimentação 2 medicação 3 higiene 4 vida 5 felicidade  
141;2;2;2;1;2; 1 bem-estar 2 alimentação-controlada 3 exercício-físico 4 exames-periódicos 5 apoio-família  
142;2;2;1;1;2; 1 rim 2 transplante 3 emagrecer 4 alimentação 5 apoio-família  
143;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 atividade-física 3 deus 4 equilíbrio 5 aprendizado  
144;1;2;2;1;2; 1 falta-diálise 2 plano-saúde 3 afeto 4 complicação 5 tristeza  
145;2;2;1;1;2; 1 bem-estar 2 tempo 3 acompanhamento-médico 4 acompanhamento-médico 5 medicação  
146;2;1;1;1;2; 1 cuidado 2 prevenção 3 alimentação 4 exercício-físico 5 bem-estar  
147;2;1;1;1;2; 1 exercício-físico 2 disponibilidade 3 alimentação 4 diversão 5 descanso  
148;2;2;2;1;2; 1 totalidade 2 vida 3 tempo 4 alimentação 5 esperança  
149;1;2;1;1;2; 1 vida 2 bem-estar 3 controle-líquido 4 liberdade 5 vontade-viver  
150;2;1;1;1;2; 1 cuidado 2 bem-estar 3 tranquilidade 4 tempo 5 trabalhar  
151;1;1;2;1;2; 1 totalidade 2 bem-estar 3 vida 4 transplante 5 cuidado  
152;1;1;1;1;2; 1 liberdade 2 vida 3 diversão 4 trabalhar 5 transplante  
153;2;2;1;1;2; 1 força 2 vida 3 felicidade 4 tranquilidade 5 alegria  
154;1;1;2;2;2; 1 totalidade 2 amor 3 carinho 4 apoio-família 5 cuidado  
155;2;1;1;1;2; 1 alimentação 2 descanso 3 alegria 4 paciência 5 paciência  
156;1;2;2;2;2; 1 alegria 2 poder 3 vontade-viver 4 disposição 5 alimentação  
157;2;2;2;2;2; 1 alegria 2 desejo 3 participação 4 vida 5 esperança  
158;1;2;2;1;2; 1 alegria 2 tranquilidade 3 felicidade 4 diversão 5 amor  
159;1;2;2;1;2; 1 transplante 2 exames-periódicos 3 alimentação 4 fisioterapia 5 exercício-físico  
160;1;1;1;1;2; 1 doença 2 prevenção 3 vacina 4 bem-estar 5 dor  
161;2;1;2;2;2; 1 controle-sal 2 exames-periódicos 3 alimentação-controlada 4 controle-cigarro 5 controle-álcool  
162;2;1;1;1;2; 1 tratamento 2 acompanhamento-médico 3 apoio-família 4 trabalhar 5 lazer  
163;2;1;2;2;2; 1 nutrição 2 medicação 3 acompanhamento-médico 4 exames-periódicos 5 vida  
164;2;2;2;1;2; 1 totalidade 2 rim 3 coração 4 higiene 5 cérebro  
165;2;1;1;1;2; 1 exagero 2 alimentação 3 hospital 4 medicação 5 lazer

## APÊNDICE E - RELATÓRIO RANGMOT GERAL CUIDADO COM A DOENÇA

```
fichier initial : C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\CDOENÇA.Tm2
NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
Nous          avons          en          entree          le          fichier          :
C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\CDOENÇA.Tm2
ON            CREE            LE            FICHIER            :
C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\CDOENÇA.dis          et
C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\CDOENÇA.tm3
```

ENSEMBLE DES MOTS RANGS

:FREQ.: 1 \* 2 \* 3 \* 4 \* 5 \*

abuso-comida : 1 : 0\* 1\*

aceitação : 2 : 0\* 0\* 0\* 2\*

acompanhamento-médico : 11 : 1\* 0\* 2\* 4\* 4\*

moyenne : 3.91

adaptação : 2 : 0\* 0\* 2\*

afeto : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

alimentação : 81 : 29\* 27\* 7\* 11\* 7\*

moyenne : 2.26

alimentação-adequada : 5 : 0\* 1\* 1\* 1\* 2\*

moyenne : 3.80

alimentação-controlada : 48 : 7\* 6\* 10\* 13\* 12\*

moyenne : 3.35

ambiente : 1 : 0\* 0\* 1\*

amor : 2 : 0\* 0\* 2\*

amor-próprio : 1 : 0\* 0\* 1\*

anemia : 3 : 0\* 2\* 0\* 0\* 1\*

ansiedade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio-família : 22 : 2\* 3\* 7\* 3\* 7\*

moyenne : 3.45

assumir-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atenção : 3 : 1\* 0\* 0\* 1\* 1\*

atividade-física : 6 : 1\* 0\* 1\* 1\* 3\*

moyenne : 3.83

autocuidado : 1 : 0\* 1\*



automedicação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

bebida : 1 : 0\* 1\*

calma : 1 : 0\* 1\*

cansaço : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*

casa : 2 : 2\*

cateter : 3 : 1\* 0\* 0\* 1\* 1\*

complicação : 4 : 0\* 1\* 2\* 1\*

conformar : 1 : 0\* 0\* 1\*

consciência-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

consequência-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

controle-alimento : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

controle-cigarro : 1 : 1\*

controle-diabetes : 3 : 0\* 0\* 2\* 1\*

controle-líquido : 55 : 15\* 17\* 8\* 8\* 7\*  
moyenne : 2.55

controle-pressão : 13 : 1\* 4\* 3\* 1\* 4\*  
moyenne : 3.23

controle-sal : 19 : 5\* 5\* 1\* 4\* 4\*  
moyenne : 2.84

controle-álcool : 10 : 1\* 4\* 1\* 4\*

moyenne : 2.80

coragem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

coração : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

creatinina : 1 : 1\*

cuidado : 27 : 7\* 8\* 7\* 1\* 4\*  
moyenne : 2.52

cuidado-casa : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-diálise : 1 : 0\* 1\*

cuidado-doença : 2 : 0\* 1\* 1\*

cuidado-filhos : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-fistula : 1 : 1\*

cuidado-fístula : 7 : 0\* 0\* 2\* 3\* 2\*  
moyenne : 4.00  
cuidado-higiênico : 1 : 0\* 0\* 1\*

cuidado-limitado : 1 : 1\*

cuidado-saúde : 2 : 1\* 1\*

cuidar-resfriado : 1 : 0\* 1\*

cálcio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cólica : 1 : 0\* 0\* 1\*

debilidade : 1 : 0\* 0\* 1\*

dedicação : 2 : 1\* 0\* 0\* 0\* 1\*

dependência-outro : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

descanso : 5 : 0\* 0\* 2\* 2\* 1\*  
moyenne : 3.80  
descoberta-cura : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

desconforto : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

descuido : 2 : 2\*

desgaste : 1 : 0\* 0\* 1\*

despreocupação : 1 : 1\*

desânimo : 1 : 0\* 0\* 1\*

deus : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

dieta : 1 : 1\*

difícil : 6 : 4\* 1\* 1\*  
moyenne : 1.50  
disciplina : 4 : 0\* 2\* 2\*

disponibilidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

disposição : 1 : 0\* 0\* 1\*

diálise : 35 : 7\* 9\* 6\* 6\* 7\*  
moyenne : 2.91  
diário : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

doação : 1 : 0\* 0\* 1\*

doença : 3 : 0\* 2\* 1\*

dor : 4 : 1\* 2\* 1\*

dormir : 1 : 0\* 0\* 1\*

emagrecer : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

energético : 1 : 0\* 0\* 1\*

enfermagem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

escolha : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

esforço : 1 : 0\* 0\* 1\*

esforço-braço : 2 : 0\* 0\* 2\*

espera : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

esperança : 3 : 0\* 0\* 3\*

estressante : 1 : 0\* 1\*

estudo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

evita-esforço : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

evitar-estresse : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

evitar-excesso : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

evitar-força : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

evitar-tocar : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

evitar-trauma : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

exagero : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

exame-periódicos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

exames-periódicos : 11 : 0\* 2\* 1\* 4\* 4\*

  moyenne : 3.91

exercício-físico : 6 : 0\* 1\* 1\* 1\* 3\*

  moyenne : 4.00

experiências : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

falta-apetite : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 fazer-tratamento : 11 : 0\* 1\* 5\* 3\* 2\*  
   moyenne : 3.55  
 filhos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 fragilidade : 1 : 0\* 1\*  
 fraqueza : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 futuro : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 fístula : 6 : 0\* 2\* 2\* 1\* 1\*  
   moyenne : 3.17  
 habito-vida : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 hemodiálise : 9 : 0\* 0\* 2\* 3\* 4\*  
   moyenne : 4.22  
 higiene : 31 : 16\* 5\* 4\* 3\* 3\*  
   moyenne : 2.10  
 higiene-mão-braço : 9 : 1\* 3\* 1\* 4\*  
   moyenne : 2.89  
 horários : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 hospital : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 imunidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 incomodo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 indignação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 infecção : 7 : 3\* 0\* 2\* 2\*  
   moyenne : 2.43  
 informação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 inutilidade : 1 : 0\* 1\*  
 invalidez : 1 : 0\* 1\*  
 lazer : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 liberdade : 1 : 0\* 1\*  
 liberdade-lazer : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 limitações : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*  
 limite-atividade : 11 : 0\* 0\* 3\* 4\* 4\*  
   moyenne : 4.09  
 limpeza : 9 : 6\* 1\* 2\*

moyenne : 1.56  
limpeza-ambiente : 3 : 0\* 2\* 1\*

lutar : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

mal-estar : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

marcas-corpo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

medicação : 35 : 5\* 5\* 11\* 7\* 7\*  
moyenne : 3.17  
medicação-certa : 1 : 0\* 0\* 1\*

medicação-correta : 9 : 0\* 4\* 0\* 2\* 3\*  
moyenne : 3.44  
medo : 7 : 2\* 2\* 0\* 3\*  
moyenne : 2.57  
melhora : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

memória : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

morte : 8 : 2\* 2\* 3\* 1\*  
moyenne : 2.38  
mudança : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

mudança-vida : 3 : 1\* 0\* 1\* 0\* 1\*

máscara : 1 : 0\* 0\* 1\*

nervoso : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

otimismo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

paciência : 5 : 1\* 0\* 0\* 2\* 2\*  
moyenne : 3.80  
participação : 1 : 0\* 1\*

paz : 2 : 0\* 1\* 0\* 1\*

perda-dia : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

perda-tempo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

perda-voz : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

perigo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

peritônio : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

persistência : 2 : 0\* 1\* 1\*

peso : 8 : 0\* 2\* 3\* 1\* 2\*  
moyenne : 3.38  
peso-braço : 1 : 1\*

picada-braço : 1 : 0\* 1\*

positivo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

pouco-lazer : 1 : 0\* 1\*

preocupação : 4 : 1\* 1\* 0\* 0\* 2\*

preparo-pessoas : 1 : 0\* 1\*

presa : 1 : 0\* 0\* 1\*

preso : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

prevenção : 3 : 3\*

problema : 2 : 1\* 0\* 0\* 1\*

problema-saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

produto-industrializado : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

proteção : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

psicológico : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

questionamento : 1 : 1\*

relacionamento-filhos : 1 : 0\* 0\* 1\*

relaxamento-pernas : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

relação-marido : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

remédio-pressão : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

responsabilidade : 4 : 3\* 0\* 0\* 0\* 1\*

restrição : 2 : 2\*

rim : 3 : 1\* 1\* 1\*

risco-grande : 1 : 0\* 1\*

risco-queda : 1 : 1\*

ruim : 3 : 3\*

sabedoria : 2 : 0\* 2\*  
 satisfação : 1 : 1\*  
 saúde : 10 : 5\* 1\* 2\* 1\* 1\*  
   moyenne : 2.20  
 sede : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 ser-regrado : 6 : 1\* 0\* 1\* 3\* 1\*  
   moyenne : 3.50  
 sintomas : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 sofrimento : 3 : 1\* 0\* 1\* 1\*  
 sódio : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*  
 tempo : 6 : 0\* 0\* 2\* 1\* 3\*  
   moyenne : 4.17  
 tempo-diálise : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 trabalhar : 9 : 0\* 1\* 4\* 1\* 3\*  
   moyenne : 3.67  
 trabalhoso : 1 : 0\* 1\*  
 tranquilidade : 4 : 1\* 2\* 1\*  
 transplante : 14 : 1\* 3\* 1\* 3\* 6\*  
   moyenne : 3.71  
 transporte : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*  
 tratamento : 7 : 0\* 2\* 1\* 1\* 3\*  
   moyenne : 3.71  
 tratamento-pessoal : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 tristeza : 3 : 3\*  
 ureia : 1 : 0\* 1\*  
 urina : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 vida : 4 : 1\* 1\* 0\* 2\*  
 vida-normal : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*  
 vida-parada : 1 : 1\*  
 vontade-viver : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 824 : 165\* 166\* 165\* 164\* 164\*  
 RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 196

Nombre total de mots cites : 824

**moyenne generale des rangs : 3.00**

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	*	nb.	mots	*	Cumul	evocations	et	cumul	inverse
1	*	108	108	13.1	%	824	100.0	%	
2	*	28	164	19.9	%	716	86.9	%	
3	*	16	212	25.7	%	660	80.1	%	
4	*	7	240	29.1	%	612	74.3	%	
5	*	3	255	30.9	%	584	70.9	%	
6	*	6	291	35.3	%	569	69.1	%	
7	*	4	319	38.7	%	533	64.7	%	
8	*	2	335	40.7	%	505	61.3	%	
9	*	5	380	46.1	%	489	59.3	%	
10	*	2	400	48.5	%	444	53.9	%	
11	*	4	444	53.9	%	424	51.5	%	
13	*	1	457	55.5	%	380	46.1	%	
14	*	1	471	57.2	%	367	44.5	%	
19	*	1	490	59.5	%	353	42.8	%	
22	*	1	512	62.1	%	334	40.5	%	
27	*	1	539	65.4	%	312	37.9	%	
31	*	1	570	69.2	%	285	34.6	%	
35	*	2	640	77.7	%	254	30.8	%	
48	*	1	688	83.5	%	184	22.3	%	
55	*	1	743	90.2	%	136	16.5	%	
81	*	1	824	100.0	%	81	9.8	%	

380 : 13 = 29

FREQ. MINIMA = 13 - 45, 1



## APÊNDICE F - RELATÓRIO RANGMOT GERAL CUIDADO COM A SAÚDE

```

fichier                initial                :
C:\Users\Denize\Desktop\CSAUDE\EVOCSAÚDE.Tm2
NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
Nous avons en entree le fichier :
C:\Users\Denize\Desktop\CSAUDE\EVOCSAÚDE.Tm2
ON CREE LE FICHER :
C:\Users\Denize\Desktop\CSAUDE\EVOCSAÚDE.dis et
C:\Users\Denize\Desktop\CSAUDE\EVOCSAÚDE.tm3

```

### ENSEMBLE DES MOTS RANGS

```
:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *
```

aceitação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

acompanhamento-médico : 27 : 8\* 2\* 8\* 2\* 7\*

moyenne : 2.93

acorda-cedo : 1 : 0\* 0\* 1\*

acreditar : 1 : 1\*

adaptação : 1 : 0\* 0\* 1\*

afeto : 2 : 0\* 1\* 1\*

alegria : 8 : 4\* 0\* 2\* 1\* 1\*

moyenne : 2.38

alimentação : 72 : 30\* 18\* 9\* 12\* 3\*

moyenne : 2.17

alimentação-adequada : 14 : 4\* 3\* 3\* 1\* 3\*

moyenne : 2.71

alimentação-controlada : 33 : 4\* 9\* 5\* 8\* 7\*

moyenne : 3.15

ambiente : 1 : 0\* 1\*

amizade : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

amor : 4 : 0\* 1\* 0\* 2\* 1\*

amor-próprio : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio-família : 20 : 0\* 2\* 4\* 5\* 9\*

moyenne : 4.05

aprendizado : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

atenção : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atitude : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atividade- : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atividade-física : 27 : 3\* 3\* 10\* 6\* 5\*  
moyenne : 3.26

automedicação : 2 : 0\* 1\* 0\* 1\*

bebida : 1 : 0\* 0\* 1\*

bem-estar : 12 : 5\* 3\* 0\* 2\* 2\*  
moyenne : 2.42

cansaço : 1 : 0\* 1\*

capricho : 1 : 0\* 1\*

cardiologista : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

carinho : 1 : 0\* 0\* 1\*

cautela : 1 : 0\* 1\*

choro : 1 : 1\*

claro : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

clima : 1 : 0\* 0\* 1\*

coisas-gosto : 1 : 1\*

complicação : 4 : 1\* 1\* 0\* 1\* 1\*

conforto : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

consciência-doença : 1 : 0\* 1\*

controle-alimento : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

controle-cigarro : 6 : 0\* 0\* 2\* 3\* 1\*  
moyenne : 3.83

controle-diabetes : 4 : 2\* 1\* 1\*

controle-líquido : 23 : 1\* 8\* 5\* 4\* 5\*  
moyenne : 3.17

controle-líquidos : 1 : 0\* 0\* 1\*

controle-pressão : 14 : 2\* 2\* 4\* 3\* 3\*  
moyenne : 3.21

controle-sal : 10 : 4\* 1\* 3\* 1\* 1\*  
moyenne : 2.40

controle-álcool : 10 : 1\* 3\* 1\* 3\* 2\*  
moyenne : 3.20

conversar-muito : 1 : 0\* 0\* 1\*

convivência : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

coração : 1 : 0\* 0\* 1\*

cotidiano : 1 : 0\* 0\* 1\*

cozinhar : 1 : 0\* 0\* 1\*

cuidado : 15 : 6\* 2\* 2\* 3\* 2\*  
moyenne : 2.53

cuidado-diabetes : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-doença : 2 : 2\*

cuidado-fistula : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-fístula : 4 : 0\* 1\* 0\* 3\*

cuidado-saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidador : 1 : 0\* 1\*

cérebro : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

decepção : 1 : 0\* 1\*

depressão : 1 : 0\* 1\*

descanso : 16 : 1\* 4\* 4\* 2\* 5\*  
moyenne : 3.38

descoberta : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

descuidado : 1 : 0\* 1\*

descuido : 2 : 2\*

desejo : 1 : 0\* 1\*

desânimo : 1 : 0\* 0\* 1\*

determinação : 1 : 0\* 0\* 1\*

deus : 10 : 1\* 0\* 4\* 3\* 2\*  
moyenne : 3.50

difícil : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*

dinheiro : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

disciplina : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

disponibilidade : 1 : 0\* 1\*  
 disposição : 2 : 0\* 1\* 0\* 1\*  
 diversão : 3 : 0\* 0\* 1\* 2\*  
 diálise : 7 : 2\* 0\* 1\* 1\* 3\*  
   moyenne : 3.43  
 doença : 1 : 1\*  
 dor : 2 : 0\* 1\* 0\* 0\* 1\*  
 dormir : 7 : 0\* 2\* 1\* 3\* 1\*  
   moyenne : 3.43  
 edema : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 emagrecer : 2 : 1\* 0\* 1\*  
 enfermagem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 equilíbrio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 escolha : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 esperança : 5 : 0\* 1\* 1\* 1\* 2\*  
   moyenne : 3.80  
 estressante : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 evitar-estresse : 3 : 0\* 0\* 1\* 2\*  
 evitar-excesso : 5 : 1\* 0\* 3\* 0\* 1\*  
   moyenne : 3.00  
 exagero : 2 : 2\*  
 exames- : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 exames-periódicos : 21 : 4\* 4\* 4\* 8\* 1\*  
   moyenne : 2.90  
 exercício-físico : 35 : 6\* 8\* 7\* 9\* 5\*  
   moyenne : 2.97  
 experiências : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 falta : 1 : 0\* 1\*  
 falta-ar : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 falta-cuidado : 1 : 1\*  
 falta-diálise : 1 : 1\*

falta-tempo : 1 : 0\* 1\*

fazer-tratamento : 11 : 5\* 2\* 2\* 2\*  
moyenne : 2.09

felicidade : 5 : 0\* 0\* 2\* 0\* 3\*  
moyenne : 4.20

fisioterapia : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

força : 3 : 1\* 1\* 0\* 0\* 1\*

força-vontade : 4 : 0\* 1\* 0\* 1\* 2\*

fragilidade : 1 : 0\* 0\* 1\*

fraqueza : 1 : 0\* 1\*

física : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

fístula : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

hemodiálise : 5 : 3\* 0\* 1\* 0\* 1\*  
moyenne : 2.20

hidratar : 1 : 0\* 1\*

higiene : 26 : 2\* 5\* 5\* 8\* 6\*  
moyenne : 3.42

higiene-mão-braço : 2 : 0\* 1\* 1\*

hospital : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

humor : 3 : 0\* 0\* 1\* 0\* 2\*

importante : 1 : 0\* 0\* 1\*

imunidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

inchaço-perna : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

infecção : 2 : 1\* 1\*

informação-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

insulina : 3 : 1\* 1\* 1\*

lazer : 7 : 0\* 0\* 0\* 1\* 6\*  
moyenne : 4.86

liberdade : 3 : 2\* 0\* 0\* 1\*

limitações : 2 : 0\* 1\* 1\*

limite-atividade : 4 : 0\* 0\* 2\* 1\* 1\*

limite-complicações : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

limpeza : 1 : 1\*

limpeza-ambiente : 4 : 0\* 1\* 2\* 0\* 1\*

material : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

medicação : 45 : 6\* 12\* 8\* 7\* 12\*

  moyenne : 3.16

medicação-correta : 16 : 3\* 5\* 1\* 3\* 4\*

  moyenne : 3.00

medo : 1 : 1\*

morte : 1 : 1\*

máquina-segura : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

necessidade : 2 : 1\* 0\* 0\* 1\*

nutrição : 1 : 1\*

obediência : 1 : 1\*

obrigação : 1 : 1\*

orientação : 1 : 0\* 1\*

otimismo : 2 : 0\* 1\* 0\* 0\* 1\*

paciência : 4 : 0\* 0\* 2\* 1\* 1\*

participação : 1 : 0\* 0\* 1\*

passar : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

paz : 1 : 0\* 1\*

pensamento-positivo : 2 : 0\* 1\* 1\*

periódicos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

persistência : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

perspectiva : 1 : 0\* 0\* 1\*

peso : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*

plano-saúde : 1 : 0\* 1\*

poder : 1 : 0\* 1\*

preparo-pessoas : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

prevenção : 8 : 4\* 3\* 1\*  
moyenne : 1.63  
prioridade : 1 : 1\*

produto-industrializado : 1 : 0\* 1\*

proteção : 2 : 1\* 0\* 1\*

psicológico : 6 : 0\* 1\* 2\* 1\* 2\*  
moyenne : 3.67  
qualidade-vida : 5 : 2\* 1\* 1\* 1\*  
moyenne : 2.20  
recuperação : 1 : 0\* 1\*

respeitar-corpo : 1 : 1\*

respeito : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

responsabilidade : 3 : 1\* 2\*

rim : 2 : 1\* 1\*

rotina-anual : 1 : 0\* 1\*

saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

ser-regrado : 9 : 1\* 0\* 5\* 1\* 2\*  
moyenne : 3.33  
seriedade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

sofrimento : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

sossego : 1 : 1\*

sódio : 3 : 1\* 0\* 1\* 1\*

tempo : 5 : 0\* 1\* 2\* 1\* 1\*  
moyenne : 3.40  
totalidade : 4 : 4\*

trabalhar : 21 : 0\* 4\* 3\* 8\* 6\*  
moyenne : 3.76  
tranquilidade : 12 : 1\* 2\* 2\* 3\* 4\*  
moyenne : 3.58  
transplante : 7 : 1\* 1\* 2\* 2\* 1\*  
moyenne : 3.14  
tratamento : 13 : 7\* 3\* 1\* 2\*

moyenne : 1.85  
 tristezza : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
  
 vacina : 1 : 0\* 0\* 1\*  
  
 viagem : 1 : 0\* 1\*  
  
 vida : 17 : 2\* 4\* 3\* 4\* 4\*  
 moyenne : 3.24  
 vontade : 2 : 0\* 1\* 1\*  
  
 vontade-viver : 3 : 1\* 0\* 1\* 0\* 1\*  
  
 vícios : 1 : 0\* 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 826 : 165\* 165\* 166\* 167\* 163\*  
 RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 178  
 Nombre total de mots cites : 826

**moyenne generale des rangs : 3.00**

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	*	nb. mots	*	Cumul evocations	et cumul inverse
1	*	96	96	11.6 %	826 100.0 %
2	*	23	142	17.2 %	730 88.4 %
3	*	11	175	21.2 %	684 82.8 %
4	*	9	211	25.5 %	651 78.8 %
5	*	6	241	29.2 %	615 74.5 %
6	*	2	253	30.6 %	585 70.8 %
7	*	4	281	34.0 %	573 69.4 %
8	*	2	297	36.0 %	545 66.0 %
9	*	1	306	37.0 %	529 64.0 %
10	*	3	336	40.7 %	520 63.0 %
11	*	1	347	42.0 %	490 59.3 %
12	*	2	371	44.9 %	479 58.0 %
13	*	1	384	46.5 %	455 55.1 %
14	*	2	412	49.9 %	442 53.5 %
15	*	1	427	51.7 %	414 50.1 %
16	*	2	459	55.6 %	399 48.3 %
17	*	1	476	57.6 %	367 44.4 %
20	*	1	496	60.0 %	350 42.4 %
21	*	2	538	65.1 %	330 40.0 %
23	*	1	561	67.9 %	288 34.9 %



26	*	1	587	71.1	%	265	32.1	%
27	*	2	641	77.6	%	239	28.9	%
33	*	1	674	81.6	%	185	22.4	%
35	*	1	709	85.8	%	152	18.4	%
45	*	1	754	91.3	%	117	14.2	%
72	*	1	826	100.0	%	72	8.7	%

490 : 21 = 23

FREQ. MIN 11

## APÊNDICE G - RELATÓRIO RANGMOT HEMODIÁLISE CUIDADO COM A DOENÇA

fichier initial : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\HD.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\HD.Tm2

ON CREE LE FICHIER : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\HD.dis et E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\HD.tm3

ENSEMBLE DES MOTS RANGS

:FREQ.: 1 \* 2 \* 3 \* 4 \* 5 \*

abuso-comida : 1 : 0\* 1\*

aceitação : 2 : 0\* 0\* 0\* 2\*

acompanhamento-médico : 3 : 0\* 0\* 1\* 0\* 2\*

adaptação : 2 : 0\* 0\* 2\*

alimentação : 53 : 22\* 20\* 3\* 4\* 4\*

moyenne : 2.02

alimentação-adequada : 4 : 0\* 1\* 1\* 1\* 1\*

alimentação-controlada : 40 : 6\* 4\* 9\* 11\* 10\*

moyenne : 3.38

amor : 2 : 0\* 0\* 2\*

amor-próprio : 1 : 0\* 0\* 1\*

anemia : 1 : 0\* 1\*

apoio-família : 14 : 2\* 2\* 5\* 3\* 2\*

moyenne : 3.07

assumir-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atenção : 3 : 1\* 0\* 0\* 1\* 1\*

atividade-física : 3 : 0\* 0\* 0\* 1\* 2\*

automedicação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

bebida : 1 : 0\* 1\*

calma : 1 : 0\* 1\*

cansaço : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

casa : 1 : 1\*

complicação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

conformar : 1 : 0\* 0\* 1\*

consciência-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

consequência-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

controle-alimento : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

controle-cigarro : 1 : 1\*

controle-diabetes : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

controle-líquido : 40 : 12\* 13\* 7\* 5\* 3\*  
moyenne : 2.35

controle-pressão : 13 : 1\* 4\* 3\* 1\* 4\*  
moyenne : 3.23

controle-sal : 13 : 2\* 3\* 1\* 4\* 3\*  
moyenne : 3.23

controle-álcool : 9 : 0\* 4\* 1\* 4\*  
moyenne : 3.00

cuidado : 18 : 4\* 5\* 5\* 1\* 3\*  
moyenne : 2.67

cuidado-casa : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-doença : 2 : 0\* 1\* 1\*

cuidado-filhos : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-fístula : 7 : 0\* 0\* 2\* 3\* 2\*  
moyenne : 4.00

cuidado-higiênico : 1 : 0\* 0\* 1\*

cuidado-limitado : 1 : 1\*

cuidado-saúde : 2 : 1\* 1\*

cuidar-resfriado : 1 : 0\* 1\*

cálcio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

debilidade : 1 : 0\* 0\* 1\*

dedicação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

dependência-outro : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

descanso : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

descoberta-cura : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

desconforto : 1 : 0\* 0\* 1\*

descuido : 2 : 2\*

desgaste : 1 : 0\* 0\* 1\*

despreocupação : 1 : 1\*

dieta : 1 : 1\*

difícil : 4 : 3\* 0\* 1\*

disciplina : 4 : 0\* 2\* 2\*

disponibilidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

disposição : 1 : 0\* 0\* 1\*

diálise : 10 : 1\* 3\* 1\* 3\* 2\*  
moyenne : 3.20

emagrecer : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

energético : 1 : 0\* 0\* 1\*

enfermagem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

escolha : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

esforço-braço : 2 : 0\* 0\* 2\*

esperança : 1 : 0\* 0\* 1\*

evita-esforço : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

evitar-estresse : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

evitar-excesso : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

evitar-força : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

evitar-trauma : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

exagero : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

exames-periódicos : 4 : 0\* 2\* 1\* 0\* 1\*

exercício-físico : 4 : 0\* 0\* 1\* 0\* 3\*

fazer-tratamento : 10 : 0\* 1\* 5\* 3\* 1\*  
moyenne : 3.40  
fraqueza : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

fístula : 6 : 0\* 2\* 2\* 1\* 1\*  
moyenne : 3.17  
habito-vida : 1 : 0\* 0\* 1\*

hemodiálise : 9 : 0\* 0\* 2\* 3\* 4\*  
moyenne : 4.22  
higiene : 11 : 3\* 1\* 3\* 3\* 1\*  
moyenne : 2.82  
higiene-mão-braço : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*

hospital : 2 : 0\* 1\* 1\*

imunidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

incomodo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

infecção : 1 : 1\*

informação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

lazer : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

liberdade : 1 : 0\* 1\*

liberdade-lazer : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

limitações : 1 : 0\* 0\* 1\*

limite-atividade : 9 : 0\* 0\* 2\* 3\* 4\*  
moyenne : 4.22  
limpeza : 5 : 5\*  
moyenne : 1.00  
limpeza-ambiente : 1 : 0\* 1\*

lutar : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

marcas-corpo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

medicação : 22 : 5\* 4\* 4\* 4\* 5\*  
moyenne : 3.00  
medicação-certa : 1 : 0\* 0\* 1\*

medicação-correta : 7 : 0\* 2\* 0\* 2\* 3\*  
moyenne : 3.86  
medo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

memória : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

morte : 2 : 1\* 0\* 1\*

mudança-vida : 1 : 1\*

otimismo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

paciência : 3 : 1\* 0\* 0\* 2\*

paz : 2 : 0\* 1\* 0\* 1\*

perda-dia : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

perda-voz : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

persistência : 1 : 0\* 1\*

peso : 8 : 0\* 2\* 3\* 1\* 2\*

  moyenne : 3.38

peso-braço : 1 : 1\*

picada-braço : 1 : 0\* 1\*

preocupação : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

preparo-pessoas : 1 : 0\* 1\*

prevenção : 3 : 3\*

problema-saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

produto-industrializado : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

psicológico : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

relacionamento-filhos : 1 : 0\* 0\* 1\*

relaxamento-pernas : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

remédio-pressão : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

responsabilidade : 4 : 3\* 0\* 0\* 0\* 1\*

restrição : 1 : 1\*

risco-grande : 1 : 0\* 1\*

risco-queda : 1 : 1\*

ruim : 1 : 1\*  
 sabedoria : 2 : 0\* 2\*  
 satisfação : 1 : 1\*  
 saúde : 6 : 3\* 1\* 1\* 1\*  
   moyenne : 2.00  
 ser-regrado : 4 : 1\* 0\* 1\* 1\* 1\*  
 sofrimento : 1 : 1\*  
 sódio : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*  
 tempo-diálise : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 trabalhar : 6 : 0\* 1\* 3\* 1\* 1\*  
   moyenne : 3.33  
 tranquilidade : 2 : 1\* 1\*  
 transplante : 6 : 0\* 2\* 1\* 1\* 2\*  
   moyenne : 3.50  
 transporte : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*  
 traitement : 4 : 0\* 1\* 1\* 0\* 2\*  
 traitement-pessoal : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 tristeza : 1 : 1\*  
 vida : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*  
 vida-normal : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 499 : 100\* 101\* 100\* 99\* 99\*  
 RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 136  
 Nombre total de mots cites : 499

moyenne generale des rangs : 2.99

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. \* nb. mots \* Cumul evocations et cumul inverse  
 1 \* 76 76 15.2 % 499 100.0 %

2	*	21	118	23.6	%	423	84.8	%
3	*	9	145	29.1	%	381	76.4	%
4	*	8	177	35.5	%	354	70.9	%
5	*	1	182	36.5	%	322	64.5	%
6	*	4	206	41.3	%	317	63.5	%
7	*	2	220	44.1	%	293	58.7	%
8	*	1	228	45.7	%	279	55.9	%
9	*	3	255	51.1	%	271	54.3	%
10	*	2	275	55.1	%	244	48.9	%
11	*	1	286	57.3	%	224	44.9	%
13	*	2	312	62.5	%	213	42.7	%
14	*	1	326	65.3	%	187	37.5	%
18	*	1	344	68.9	%	173	34.7	%
22	*	1	366	73.3	%	155	31.1	%
40	*	2	446	89.4	%	133	26.7	%
53	*	1	499	100.0	%	53	10.6	%

244 : 11 = 22

10 frecuencia mínima 48, 9%



## APÊNDICE H - RELATÓRIO RANGMOT HEMODIÁLISE CUIDADO COM A SAÚDE

fichier initial : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\PD.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\PD.Tm2

ON CREE LE FICHER : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\PD.dis et E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO EVOC\CDOENÇA\HD-PD\PD.tm3

ENSEMBLE DES MOTS RANGS

:FREQ.: 1 \* 2 \* 3 \* 4 \* 5 \*

acompanhamento-médico : 8 : 1\* 0\* 1\* 4\* 2\*

moyenne : 3.75

afeto : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

alimentação : 28 : 7\* 7\* 4\* 7\* 3\*

moyenne : 2.71

alimentação-adequada : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

alimentação-controlada : 8 : 1\* 2\* 1\* 2\* 2\*

moyenne : 3.25

ambiente : 1 : 0\* 0\* 1\*

anemia : 2 : 0\* 1\* 0\* 0\* 1\*

ansiedade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio-família : 8 : 0\* 1\* 2\* 0\* 5\*

moyenne : 4.13

atividade-física : 3 : 1\* 0\* 1\* 0\* 1\*

autocuidado : 1 : 0\* 1\*

cansaço : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

casa : 1 : 1\*

cateter : 3 : 1\* 0\* 0\* 1\* 1\*

complicação : 3 : 0\* 1\* 2\*

controle-diabetes : 1 : 0\* 0\* 1\*

controle-líquido : 15 : 3\* 4\* 1\* 3\* 4\*  
moyenne : 3.07  
controle-sal : 6 : 3\* 2\* 0\* 0\* 1\*  
moyenne : 2.00  
controle-álcool : 1 : 1\*

coragem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

coração : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

creatinina : 1 : 1\*

cuidado : 9 : 3\* 3\* 2\* 0\* 1\*  
moyenne : 2.22  
cuidado-diálise : 1 : 0\* 1\*

cuidado-fistula : 1 : 1\*

cólica : 1 : 0\* 0\* 1\*

dedicação : 1 : 1\*

descanso : 3 : 0\* 0\* 1\* 2\*

desconforto : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

desânimo : 1 : 0\* 0\* 1\*

deus : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

difícil : 2 : 1\* 1\*

diálise : 25 : 6\* 6\* 5\* 3\* 5\*  
moyenne : 2.80  
diário : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

doação : 1 : 0\* 0\* 1\*

doença : 3 : 0\* 2\* 1\*

dor : 4 : 1\* 2\* 1\*

dormir : 1 : 0\* 0\* 1\*

esforço : 1 : 0\* 0\* 1\*

espera : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

esperança : 2 : 0\* 0\* 2\*

estressante : 1 : 0\* 1\*

estudo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

evitar-tocar : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

exame-periódicos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

exames-periódicos : 7 : 0\* 0\* 0\* 4\* 3\*  
moyenne : 4.43

exercício-físico : 2 : 0\* 1\* 0\* 1\*

experiências : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

falta-apetite : 1 : 0\* 0\* 1\*

fazer-tratamento : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

filhos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

fragilidade : 1 : 0\* 1\*

futuro : 1 : 0\* 0\* 1\*

higiene : 20 : 13\* 4\* 1\* 0\* 2\*  
moyenne : 1.70

higiene-mão-braço : 6 : 0\* 2\* 1\* 3\*  
moyenne : 3.17

horários : 1 : 0\* 0\* 1\*

indignação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

infecção : 6 : 2\* 0\* 2\* 2\*  
moyenne : 2.67

inutilidade : 1 : 0\* 1\*

invalidez : 1 : 0\* 1\*

limitações : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

limite-atividade : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

limpeza : 4 : 1\* 1\* 2\*

limpeza-ambiente : 2 : 0\* 1\* 1\*

mal-estar : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

medicação : 13 : 0\* 1\* 7\* 3\* 2\*  
moyenne : 3.46

medicação-correta : 2 : 0\* 2\*

medo : 6 : 2\* 2\* 0\* 2\*  
moyenne : 2.33  
melhora : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

morte : 6 : 1\* 2\* 2\* 1\*  
moyenne : 2.50  
mudança : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

mudança-vida : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

máscara : 1 : 0\* 0\* 1\*

nervoso : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

paciência : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*

participação : 1 : 0\* 1\*

perda-tempo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

perigo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

peritônio : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

persistência : 1 : 0\* 0\* 1\*

positivo : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

pouco-lazer : 1 : 0\* 1\*

preocupação : 3 : 1\* 1\* 0\* 0\* 1\*

presa : 1 : 0\* 0\* 1\*

preso : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

problema : 2 : 1\* 0\* 0\* 1\*

proteção : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

questionamento : 1 : 1\*

relação-marido : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

restrição : 1 : 1\*

rim : 3 : 1\* 1\* 1\*

ruim : 2 : 2\*

saúde : 4 : 2\* 0\* 1\* 0\* 1\*  
 sede : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 ser-regrado : 2 : 0\* 0\* 0\* 2\*  
 sintomas : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 sofrimento : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*  
 tempo : 6 : 0\* 0\* 2\* 1\* 3\*  
 moyenne : 4.17  
 trabalhar : 3 : 0\* 0\* 1\* 0\* 2\*  
 trabalhoso : 1 : 0\* 1\*  
 tranquilidade : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 transplante : 8 : 1\* 1\* 0\* 2\* 4\*  
 moyenne : 3.88  
 tratamento : 3 : 0\* 1\* 0\* 1\* 1\*  
 tristeza : 2 : 2\*  
 ureia : 1 : 0\* 1\*  
 urina : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 vida : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 vida-normal : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 vida-parada : 1 : 1\*  
 vontade-viver : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 325 : 65\* 65\* 65\* 65\* 65\*  
 RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 111  
 Nombre total de mots cites : 325

moyenne generale des rangs : 3.00

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. \* nb. mots \* Cumul evocations et cumul inverse  
 1 \* 63 63 19.4 % 325 100.0 %  
 2 \* 19 101 31.1 % 262 80.6 %

3	*	9	128	39.4	%	224	68.9	%
4	*	3	140	43.1	%	197	60.6	%
6	*	6	176	54.2	%	185	56.9	%
7	*	1	183	56.3	%	149	45.8	%
8	*	4	215	66.2	%	142	43.7	%
9	*	1	224	68.9	%	110	33.8	%
13	*	1	237	72.9	%	101	31.1	%
15	*	1	252	77.5	%	88	27.1	%
20	*	1	272	83.7	%	73	22.5	%
25	*	1	297	91.4	%	53	16.3	%
28	*	1	325	100.0	%	28	8.6	%

110 : 6 = 18

9 frecuencia mínima 33, 8%

149 : 11 = 14

7 frecuencia mínima 45, 8%

## APÊNDICE I - RELATÓRIO RANGMOT DIÁLISE PERITONEAL CUIDADO COM A DOENÇA

fichier initial : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO  
EVOC\CSAUDE\tratamento c saúde\TRA HD\HD.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : E:\ENTREVISTA ALCESTE  
versao 8\ANALISE RIO EVOC\CSAUDE\tratamento c saúde\TRA  
HD\HD.Tm2

ON CREE LE FICHER : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE  
RIO EVOC\CSAUDE\tratamento c saúde\TRA HD\HD.dis et  
E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO  
EVOC\CSAUDE\tratamento c saúde\TRA HD\HD.tm3

ENSEMBLE DES MOTS RANGS

:FREQ.: 1 \* 2 \* 3 \* 4 \* 5 \*

aceitação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

acompanhamento-médico : 16 : 6\* 1\* 5\* 1\* 3\*

moyenne : 2.63

acorda-cedo : 1 : 0\* 0\* 1\*

acreditar : 1 : 1\*

adaptação : 1 : 0\* 0\* 1\*

alegria : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

alimentação : 40 : 15\* 13\* 4\* 7\* 1\*

moyenne : 2.15

alimentação-adequada : 14 : 4\* 3\* 3\* 1\* 3\*

moyenne : 2.71

alimentação-controlada : 22 : 3\* 6\* 2\* 5\* 6\*

moyenne : 3.23

amizade : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

amor : 2 : 0\* 0\* 0\* 2\*

amor-próprio : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

apoio-família : 13 : 0\* 2\* 2\* 2\* 7\*

moyenne : 4.08

atitude : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atividade- : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atividade-física : 20 : 3\* 1\* 8\* 5\* 3\*

moyenne : 3.20

automedicação : 1 : 0\* 1\*  
 bebida : 1 : 0\* 0\* 1\*  
  
 bem-estar : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
  
 capricho : 1 : 0\* 1\*  
  
 cautela : 1 : 0\* 1\*  
  
 choro : 1 : 1\*  
  
 clima : 1 : 0\* 0\* 1\*  
  
 coisas-gosto : 1 : 1\*  
  
 complicação : 2 : 1\* 1\*  
  
 conforto : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
  
 consciência-doença : 1 : 0\* 1\*  
  
 controle-alimento : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
  
 controle-cigarro : 3 : 0\* 0\* 0\* 2\* 1\*  
  
 controle-diabetes : 4 : 2\* 1\* 1\*  
  
 controle-líquido : 17 : 1\* 5\* 4\* 4\* 3\*  
 moyenne : 3.18  
 controle-líquidos : 1 : 0\* 0\* 1\*  
  
 controle-pressão : 11 : 1\* 2\* 3\* 3\* 2\*  
 moyenne : 3.27  
 controle-sal : 6 : 1\* 0\* 3\* 1\* 1\*  
 moyenne : 3.17  
 controle-álcool : 5 : 1\* 0\* 1\* 2\* 1\*  
 moyenne : 3.40  
 conversar-muito : 1 : 0\* 0\* 1\*  
  
 cuidado : 6 : 2\* 2\* 1\* 1\*  
 moyenne : 2.17  
 cuidado-diabetes : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
  
 cuidado-doença : 2 : 2\*  
  
 cuidado-fístula : 4 : 0\* 1\* 0\* 3\*  
  
 cuidador : 1 : 0\* 1\*  
  
 decepção : 1 : 0\* 1\*  
 descanso : 9 : 1\* 2\* 1\* 2\* 3\*



moyenne : 3.44  
 descoberta : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 descuidado : 1 : 0\* 1\*  
 determinação : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 deus : 6 : 1\* 0\* 1\* 3\* 1\*  
 moyenne : 3.50  
 difícil : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 disciplina : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*  
 disposição : 1 : 0\* 1\*  
 diálise : 3 : 1\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
 dor : 1 : 0\* 1\*  
 dormir : 3 : 0\* 1\* 1\* 0\* 1\*  
 edema : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 emagrecer : 1 : 1\*  
 enfermagem : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 escolha : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 esperança : 3 : 0\* 1\* 1\* 1\*  
 evitar-estresse : 3 : 0\* 0\* 1\* 2\*  
 evitar-excesso : 5 : 1\* 0\* 3\* 0\* 1\*  
 moyenne : 3.00  
 exagero : 1 : 1\*  
 exames-periódicos : 12 : 3\* 2\* 3\* 4\*  
 moyenne : 2.67  
 exercício-físico : 24 : 4\* 7\* 3\* 7\* 3\*  
 moyenne : 2.92  
 experiências : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 falta-cuidado : 1 : 1\*  
 fazer-tratamento : 11 : 5\* 2\* 2\* 2\*  
 moyenne : 2.09  
 felicidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 força : 2 : 0\* 1\* 0\* 0\* 1\*  
 força-vontade : 4 : 0\* 1\* 0\* 1\* 2\*  
 fraqueza : 1 : 0\* 1\*

física : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

fístula : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

hemodiálise : 5 : 3\* 0\* 1\* 0\* 1\*  
 moyenne : 2.20

hidratar : 1 : 0\* 1\*

higiene : 15 : 2\* 3\* 3\* 2\* 5\*  
 moyenne : 3.33

higiene-mão-braço : 1 : 0\* 1\*

hospital : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

humor : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

imunidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

inchaço-perna : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

infecção : 1 : 1\*

informação-doença : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

insulina : 3 : 1\* 1\* 1\*

lazer : 4 : 0\* 0\* 0\* 1\* 3\*

limitações : 1 : 0\* 0\* 1\*

limite-atividade : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*

limite-complicações : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

limpeza-ambiente : 1 : 0\* 0\* 1\*

medicação : 31 : 6\* 9\* 5\* 3\* 8\*  
 moyenne : 2.94

medicação-correta : 13 : 3\* 5\* 0\* 2\* 3\*  
 moyenne : 2.77

morte : 1 : 1\*

máquina-segura : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

necessidade : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

obediência : 1 : 1\*  
 obrigação : 1 : 1\*  
 orientação : 1 : 0\* 1\*

otimismo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 paciência : 2 : 0\* 0\* 2\*  
 passear : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 pensamento-positivo : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 persistência : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 perspectiva : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 peso : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*  
 preparo-pessoas : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 prevenção : 3 : 3\*  
 prioridade : 1 : 1\*  
 produto-industrializado : 1 : 0\* 1\*  
 proteção : 1 : 1\*  
 psicológico : 5 : 0\* 1\* 2\* 0\* 2\*  
   moyenne : 3.60  
 qualidade-vida : 2 : 0\* 1\* 1\*  
 recuperação : 1 : 0\* 1\*  
 respeitar-corpo : 1 : 1\*  
 responsabilidade : 3 : 1\* 2\*  
 rotina-anual : 1 : 0\* 1\*  
 ser-regrado : 8 : 0\* 0\* 5\* 1\* 2\*  
   moyenne : 3.63  
 seriedade : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 sofrimento : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 sossego : 1 : 1\*  
 sódio : 3 : 1\* 0\* 1\* 1\*  
 tempo : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
   trabalhar : 14 : 0\* 3\* 3\* 4\* 4\*  
   moyenne : 3.64  
 tranquilidade : 5 : 0\* 1\* 1\* 2\* 1\*  
   moyenne : 3.60

transplante : 2 : 0\* 0\* 1\* 1\*

tratamento : 10 : 6\* 2\* 1\* 1\*

moyenne : 1.70

vida : 7 : 1\* 0\* 2\* 2\* 2\*

moyenne : 3.57

vontade : 1 : 0\* 1\*

vontade-viver : 1 : 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 497 : 100\* 100\* 100\* 100\* 97\*

RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 127

Nombre total de mots cites : 497

moyenne generale des rangs : 2.99

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. \* nb. mots \* Cumul evocations et cumul inverse

1 \* 72 72 14.5 % 497 100.0 %

2 \* 13 98 19.7 % 425 85.5 %

3 \* 11 131 26.4 % 399 80.3 %

4 \* 4 147 29.6 % 366 73.6 %

5 \* 5 172 34.6 % 350 70.4 %

6 \* 3 190 38.2 % 325 65.4 %

7 \* 1 197 39.6 % 307 61.8 %

8 \* 1 205 41.2 % 300 60.4 %

9 \* 1 214 43.1 % 292 58.8 %

10 \* 1 224 45.1 % 283 56.9 %

11 \* 2 246 49.5 % 273 54.9 %

12 \* 1 258 51.9 % 251 50.5 %

13 \* 2 284 57.1 % 239 48.1 %

14 \* 2 312 62.8 % 213 42.9 %

15 \* 1 327 65.8 % 185 37.2 %

16 \* 1 343 69.0 % 170 34.2 %

17 \* 1 360 72.4 % 154 31.0 %

20 \* 1 380 76.5 % 137 27.6 %

22 \* 1 402 80.9 % 117 23.5 %

24 \* 1 426 85.7 % 95 19.1 %

31 \* 1 457 92.0 % 71 14.3 %

40 \* 1 497 100.0 % 40 8.0 %

## APÊNDICE J - RELATÓRIO RANGMOT DIÁLISE PERITONEAL CUIDADO COM A SAÚDE

ichier initial : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE RIO  
EVOC\CSAUDE\PD.Tm2

NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS

Nous avons en entree le fichier : E:\ENTREVISTA ALCESTE  
versao 8\ANALISE RIO EVOC\CSAUDE\PD.Tm2

ON CREE LE FICHIER : E:\ENTREVISTA ALCESTE versao 8\ANALISE  
RIO EVOC\CSAUDE\PD.dis et E:\ENTREVISTA ALCESTE versao  
8\ANALISE RIO EVOC\CSAUDE\PD.tm3

ENSEMBLE DES MOTS RANGS

:FREQ.: 1 \* 2 \* 3 \* 4 \* 5 \*

acompanhamento-médico : 11 : 2\* 1\* 3\* 1\* 4\*

moyenne : 3.36

afeto : 2 : 0\* 1\* 1\*

alegria : 6 : 4\* 0\* 1\* 0\* 1\*

moyenne : 2.00

alimentação : 30 : 15\* 4\* 4\* 5\* 2\*

moyenne : 2.17

alimentação-controlada : 11 : 1\* 3\* 3\* 3\* 1\*

moyenne : 3.00

ambiente : 1 : 0\* 1\*

amor : 2 : 0\* 1\* 0\* 0\* 1\*

apoio-família : 7 : 0\* 0\* 2\* 3\* 2\*

moyenne : 4.00

aprendizado : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

atenção : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

atividade-física : 7 : 0\* 2\* 2\* 1\* 2\*

moyenne : 3.43

automedicação : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

bem-estar : 11 : 5\* 3\* 0\* 1\* 2\*

moyenne : 2.27

cansaço : 1 : 0\* 1\*

cardiologista : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

carinho : 1 : 0\* 0\* 1\*

claro : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

complicação : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*  
controle-cigarro : 3 : 0\* 0\* 2\* 1\*

controle-líquido : 6 : 0\* 3\* 1\* 0\* 2\*  
moyenne : 3.17  
controle-pressão : 3 : 1\* 0\* 1\* 0\* 1\*

controle-sal : 4 : 3\* 1\*

controle-álcool : 5 : 0\* 3\* 0\* 1\* 1\*  
moyenne : 3.00  
convivência : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

coração : 1 : 0\* 0\* 1\*

cotidiano : 1 : 0\* 0\* 1\*

cozinhar : 1 : 0\* 0\* 1\*

cuidado : 9 : 4\* 0\* 1\* 2\* 2\*  
moyenne : 2.78  
cuidado-fistula : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

cuidado-saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

depressão : 1 : 0\* 1\*

descanso : 7 : 0\* 2\* 3\* 0\* 2\*  
moyenne : 3.29  
descuido : 2 : 2\*

desejo : 1 : 0\* 1\*

desânimo : 1 : 0\* 0\* 1\*

deus : 4 : 0\* 0\* 3\* 0\* 1\*

difícil : 2 : 1\* 1\*

dinheiro : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

disponibilidade : 1 : 0\* 1\*

disposição : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

diversão : 3 : 0\* 0\* 1\* 2\*

diálise : 4 : 1\* 0\* 1\* 1\* 1\*

doença : 1 : 1\*

dor : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 dormir : 4 : 0\* 1\* 0\* 3\*  
 emagrecer : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 equilíbrio : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 esperança : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
 exames- : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 exames-periódicos : 9 : 1\* 2\* 1\* 4\* 1\*  
   moyenne : 3.22  
 exercício-físico : 11 : 2\* 1\* 4\* 2\* 2\*  
   moyenne : 3.09  
 falta : 1 : 0\* 1\*  
 falta-ar : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 falta-diálise : 1 : 1\*  
 falta-tempo : 1 : 0\* 1\*  
 felicidade : 4 : 0\* 0\* 2\* 0\* 2\*  
 fisioterapia : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*  
 força : 1 : 1\*  
 fragilidade : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 higiene : 11 : 0\* 2\* 2\* 6\* 1\*  
   moyenne : 3.55  
 higiene-mão-braço : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 humor : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*  
 importante : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 infecção : 1 : 0\* 1\*  
 lazer : 2 : 0\* 0\* 0\* 0\* 2\*  
 liberdade : 3 : 2\* 0\* 0\* 1\*  
 limitações : 1 : 0\* 1\*  
 limite-atividade : 1 : 0\* 0\* 1\*  
 limpeza : 1 : 1\*

limpeza-ambiente : 3 : 0\* 1\* 1\* 0\* 1\*

material : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

medicação : 13 : 0\* 3\* 3\* 3\* 4\*  
moyenne : 3.62

medicação-correta : 3 : 0\* 0\* 1\* 1\* 1\*

medo : 1 : 1\*

necessidade : 1 : 1\*

nutrição : 1 : 1\*

otimismo : 1 : 0\* 1\*

paciência : 2 : 0\* 0\* 0\* 1\* 1\*

participação : 1 : 0\* 0\* 1\*

passar : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

paz : 1 : 0\* 1\*

pensamento-positivo : 1 : 0\* 1\*

periódicos : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

plano-saúde : 1 : 0\* 1\*

poder : 1 : 0\* 1\*

prevenção : 5 : 1\* 3\* 1\*  
moyenne : 2.00

proteção : 1 : 0\* 0\* 1\*

psicológico : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

qualidade-vida : 2 : 2\*

respeito : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

rim : 2 : 1\* 1\*

saúde : 1 : 0\* 0\* 0\* 1\*

ser-regrado : 1 : 1\*  
tempo : 4 : 0\* 1\* 2\* 1\*  
totalidade : 4 : 4\*



trabalhar : 7 : 0\* 1\* 0\* 4\* 2\*  
 moyenne : 4.00  
 tranquilidade : 7 : 1\* 1\* 1\* 1\* 3\*  
 moyenne : 3.57  
 transplante : 5 : 1\* 1\* 1\* 1\* 1\*  
 moyenne : 3.00  
 tratamento : 3 : 1\* 1\* 0\* 1\*

tristeza : 1 : 0\* 0\* 0\* 0\* 1\*

vacina : 1 : 0\* 0\* 1\*

viagem : 1 : 0\* 1\*

vida : 10 : 1\* 4\* 1\* 2\* 2\*  
 moyenne : 3.00

vontade : 1 : 0\* 0\* 1\*

vontade-viver : 2 : 0\* 0\* 1\* 0\* 1\*

vícios : 1 : 0\* 1\*

DISTRIBUTION TOTALE : 320 : 64\* 64\* 64\* 64\* 64\*  
 RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
 RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots differents : 106  
 Nombre total de mots cites : 320

moyenne generale des rangs : 3.00

#### DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb.	mots	* Cumul	evocations	et cumul	inverse
1	*	61	61	19.1	%	320 100.0 %
2	*	11	83	25.9	%	259 80.9 %
3	*	7	104	32.5	%	237 74.1 %
4	*	7	132	41.3	%	216 67.5 %
5	*	3	147	45.9	%	188 58.8 %
6	*	2	159	49.7	%	173 54.1 %
7	*	5	194	60.6	%	161 50.3 %
9	*	2	212	66.3	%	126 39.4 %
10	*	1	222	69.4	%	108 33.8 %
11	*	5	277	86.6	%	98 30.6 %
13	*	1	290	90.6	%	43 13.4 %
30	*	1	320	100.0	%	30 9.4 %

188 : 20 = 9, 4 = 9

## APÊNDICE K - RELATÓRIO COMPARAÇÃO COMPLEX ENTRE TRATAMENTOS DIALÍTICOS

**fichier initial 1 : C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\HD.IDE**  
**fichier initial 2 : C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\PD.IDE**  
 Nombre de mots differents : 136 111

Decompte des mots n'appartenant qu'a un fichier  
 Nombre de mots uniquement dans le fichier 1 : 85  
 Nombre de mots uniquement dans le fichier 2 : 61  
 Nombre de mots commun aux deux fichiers : 50

Nombre de mots de frequence > 5 uniquement dans le fichier 1  
 : 7  
 Nombre de mots de frequence > 5 uniquement dans le fichier 2  
 : 10  
 Nombre de mots de frequence > 5 commun aux deux fichiers :  
 10

Liste des mots uniquement dans le fichier 1  
 C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\HD.IDE

- 1 abuso-comida
- 2 aceitação
- 2 adaptação
- 2 amor
- 1 amor-próprio
- 1 assumir-doença
- 3 atenção
- 1 automedicação
- 1 bebida
- 1 calma
- 1 conformar
- 1 consciência-doença
- 1 consequência-doença
- 2 controle-alimento
- 1 controle-cigarro
- \*\*\*\* 13 controle-pressão
- 1 cuidado-casa
- 2 cuidado-doença
- 1 cuidado-filhos
- \*\*\*\* 7 cuidado-fístula
- 1 cuidado-higiênico
- 1 cuidado-limitado
- 2 cuidado-saúde
- 1 cuidar-resfriado
- 1 cálculo
- 1 debilidade
- 1 dependência-outro
- 1 descoberta-cura

2 descuido  
1 desgaste  
1 despreocupação  
1 dieta  
4 disciplina  
1 disponibilidade  
1 disposição  
1 emagrecer  
1 energético  
1 enfermagem  
1 escolha  
2 esforço-braço  
1 evita-esforço  
2 evitar-estresse  
2 evitar-excesso  
2 evitar-força  
2 evitar-trauma  
1 exagero  
1 fraqueza  
\*\*\*\* 6 fístula  
1 habito-vida  
\*\*\*\* 9 hemodiálise  
2 hospital  
1 imunidade  
1 incomodo  
1 informação  
1 lazer  
1 liberdade  
1 liberdade-lazer  
1 lutar  
1 marcas-corpo  
1 medicação-certa  
2 memória  
1 otimismo  
2 paz  
1 perda-dia  
1 perda-voz  
\*\*\*\* 8 peso  
1 peso-braço  
1 picada-braço  
1 preparo-pessoas  
3 prevenção  
1 problema-saúde  
1 produto-industrializado  
2 psicológico  
1 relacionamento-filhos  
1 relaxamento-pernas  
1 remédio-pressão  
4 responsabilidade  
1 risco-grande  
1 risco-queda

2 sabedoria  
1 satisfação  
3 sódio  
1 tempo-diálise  
3 transporte  
1 tratamento-pessoal

Liste des mots uniquement dans le fichier 2  
C:\Users\Denize\Desktop\CDOENÇA\PD.IDE

1 afeto  
1 ambiente  
1 ansiedade  
1 apoio  
1 autocuidado  
3 cateter  
1 coragem  
1 coração  
1 creatinina  
1 cuidado-diálise  
1 cuidado-fistula  
1 cólica  
1 desânimo  
2 deus  
1 diário  
1 doação  
3 doença  
4 dor  
1 dormir  
1 esforço  
1 espera  
1 estressante  
1 estudo  
1 evitar-tocar  
1 exame-periódicos  
1 experiências  
1 falta-apetite  
1 filhos  
1 fragilidade  
1 futuro  
1 horários  
1 indignação  
1 inutilidade  
1 invalidez  
1 mal-estar  
1 melhora  
1 mudança  
1 máscara  
1 nervoso  
1 participação  
1 perda-tempo  
1 perigo

1 peritônio  
1 positivo  
1 pouco-lazer  
1 presa  
1 preso  
2 problema  
1 proteção  
1 questionamento  
1 relação-marido  
3 rim  
2 sede  
2 sintomas  
\*\*\* 6 tempo  
1 trabalhoso  
1 ureia  
1 urina  
1 vida-normal  
1 vida-parada  
1 vontade-viver  
Liste des mots communs aux deux fichiers  
3 8 acompanhamento-médico  
53 28 alimentação  
4 1 alimentação-adequada  
40 8 alimentação-controlada  
1 2 anemia  
14 8 apoio-família  
3 3 atividade-física  
1 2 cansaço  
1 1 casa  
1 3 complicação  
2 1 controle-diabetes  
40 15 controle-líquido  
13 6 controle-sal  
9 1 controle-álcool  
18 9 cuidado  
1 1 dedicação  
2 3 descanso  
1 1 desconforto  
4 2 difícil  
10 25 diálise  
1 2 esperança  
4 7 exames-periódicos  
4 2 exercício-físico  
10 1 fazer-tratamento  
11 20 higiene  
3 6 higiene-mão-braço  
1 6 infecção  
1 1 limitações  
9 2 limite-atividade  
5 4 limpeza  
1 2 limpeza-ambiente

22 13 medicação  
 7 2 medicação-correta  
 1 6 medo  
 2 6 morte  
 1 2 mudança-vida  
 3 2 paciência  
 1 1 persistência  
 1 3 preocupação  
 1 1 restrição  
 1 2 ruim  
 6 4 saúde  
 4 2 ser-regrado  
 1 2 sofrimento  
 6 3 trabalhar  
 2 2 tranquilidade  
 6 8 transplante  
 4 3 tratamento  
 1 2 tristeza  
 3 1 vida

#### CALCUL DES SPECIFICITES

mots commun aux deux listes :

mot : alimentação 53 28

**mot : alimentação-controlada 40 8**

mot spécifique supérieur fichier 1 : 2.03 alimentação-controlada

mot spécifique inférieur fichier 2 : -2.51 alimentação-controlada

**difference supérieure a 10% t de Student = 3.15** alimentação-controlada

mot : apoio-família 14 8

**mot : controle-líquido 40 15**

mot específico inferior arquivo 2 : -1.44 controle-líquido

difference supérieure a 10% t de Student = 1.80 controle-líquido

mot : controle-sal 13 6

mot : cuidado 18 9

**mot : diálise 10 25**

mot específico superior arquivo 2 : 3.01 diálise

mot específico inferior arquivo 1 : -2.43 diálise

difference supérieure a 10% t de Student = 3.79 diálise

**mot : higiene 11 20**

mot específico superior arquivo 2 : 2.22 higiene

mot específico inferior arquivo 1 : -1.79 higiene

difference supérieure a 10% t de Student = 2.80 higiene

mot : medicação 22 13

mot : transplante 6 8

fin de la comparaison

nombre des evocations des fichiers initiaux : 499 325

## APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Nós, Dda. Maria Elisa Brum do Nascimento, Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o senhor, a senhora, que possui uma faixa etária entre 24 a 59 anos, paciente renal crônico, usuário do serviço de terapia renal substitutiva (TRS), para participar da pesquisa intitulada: “**Representação Social na Autogestão do Cuidado à Saúde do Doente Renal Crônico**”, que faz parte de um projeto de pesquisa da Pós-Graduação em Enfermagem como proposta de tese de doutorado. É através das pesquisas clínicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

- a. O **objetivo** da pesquisa são analisar o que significa para você o cuidado com a sua doença renal crônica e a importância que ele tem para você.
- b. Ao participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista, a qual poderá ser na Unidade (TRS) ou no domicílio, e gravada de acordo com o seu consentimento, respeitando-se completamente o seu anonimato.
- c. Ao participar desta pesquisa há risco de constrangimento ao relatar sobre seu processo de cuidado. Caso você se sinta constrangido de qualquer modo, não precisa responder as perguntas, e pode se quiser desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, com a garantia de que não usaremos o seu depoimento.
- d. Após sua participação a pesquisadora irá oferecer informações que podem ser úteis para seus cuidados com a doença, além disso, ao participar você estará contribuindo para que conheçamos melhor as práticas de cuidado que são significativas para as pessoas que vivem com a doença renal e estejam em tratamento. Este conhecimento consiste em recursos disponíveis para minimizar as consequências da doença e poderá reverter em benefício para embasar as abordagens educativas no contexto da nefrologia.
- e. As pesquisadoras Maria Elisa Brum do Nascimento, enfermeira, mestre em educação e doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal (UFPR), e, Maria de Fátima Mantovani, Pós doutora em Enfermagem, Professora da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal (UFPR), Rua Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar, bloco Didático II - Campus Botânico; telefone: 9971-3703;

[elismek@hotmail.com](mailto:elismek@hotmail.com) e [mfatimamantovam@ufpr.br](mailto:mfatimamantovam@ufpr.br). O (a) senhor (a) poderá fazer contato de segunda a sexta-feira, a partir das 17:00h. Assim, as pesquisadoras poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

- f. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- g. A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h. As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelos membros que executam a pesquisa e pelas autoridades legais. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida.
- i. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- j. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- k. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Assinatura do Participante a Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: <a href="mailto:cometica.saude@ufpr.br">cometica.saude@ufpr.br</a>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (2014)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE DO DOENTE RENAL CRÔNICO

**Pesquisador:** Maria Elisa Brum do Nascimento

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26511414.9.0000.0102

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 655.501

**Data da Relatoria:** 21/05/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de autoria de Maria Elisa Brum do Nascimento sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani. Serão avaliados indivíduos com idade entre 24 e 59 anos e diagnóstico de doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise e ou diálise peritoneal (automática ou manual), assistidos em nível ambulatorial.

O desenho metodológico envolve método analítico, de natureza qualitativa apoiado na Teoria da Representação Social de Moscovici e abordagem teórica complementar Processual e Estrutural da mesma. Serão 270 participantes de ambos os tratamentos dialíticos vinculados a três serviços de nefrologia em Curitiba (PR). A coleta de dados utilizará a técnica de evocação de palavras( análise estrutural); entrevista semiestruturada(análise processual) e sessões de grupo focal. A análise de dados inclui auxílio do software EVOC (análise dos quatro quadrantes); software Alceste( análise lexical) e análise de conteúdo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral - Analisar as representações sociais do cuidado de saúde construída entre portadores da doença renal crônica em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal. Objetivo específico - Analisar o processo e o conteúdo das representações sociais do cuidado à saúde

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 655.501

considerando as condutas (atitude; posicionamento) adotadas na autogestão entre portadores da doença renal crônica em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos que envolvem a pesquisa estão relacionados à mobilização de emocional em submeter-se a investigação de saúde e desconforto em realizar as técnicas de coleta de dados.

O benefício referido no TCLE indica que a pesquisa oferecerá informações que podem ser úteis para cuidados com a doença. Além disso apontam que a participação contribuirá para que sejam conhecidas melhores as práticas de cuidado que são significativas para as pessoas que vivem com a doença renal e estejam em tratamento. Este conhecimento poderá consistir em recursos disponíveis para minimizar as consequências da doença e reverter em benefício para embasar as abordagens educativas no contexto da nefrologia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os riscos que envolvem a pesquisa estão relacionados à mobilização de emocional em submeter-se a investigação de saúde e desconforto em realizar as técnicas de coleta de dados.

O benefício referido no TCLE indica que a pesquisa oferecerá informações que podem ser úteis para cuidados com a doença. Além disso apontam que a participação contribuirá para que sejam conhecidas melhores as práticas de cuidado que são significativas para as pessoas que vivem com a doença renal e estejam em tratamento. Este conhecimento poderá consistir em recursos disponíveis para minimizar as consequências da doença e reverter em benefício para embasar as abordagens educativas no contexto da nefrologia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante declara ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

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

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Padre Camargo, 280  
Bairro: 2º andar CEP: 80.060-240  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 655.501

Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

CURITIBA, 21 de Maio de 2014

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280  
**Bairro:** 2º andar  
**UF:** PR      **Município:** CURITIBA      **CEP:** 80.060-240  
**Telefone:** (41)3360-7259      **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (2015)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA AUTOGESTÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE DO DOENTE RENAL CRÔNICO

**Pesquisador:** Maria Elisa Brum do Nascimento

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 26511414.9.0000.0102

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.015.044

**Data da Relatoria:** 01/04/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa de autoria de Maria Elisa Brum do Nascimento sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani. Serão avaliados indivíduos com idade entre 24 e 59 anos e diagnóstico de doença renal crônica, em tratamento de hemodiálise e ou diálise peritoneal (automática ou manual), assistidos em nível ambulatorial.

O desenho metodológico envolve método analítico, de natureza qualitativa apoiado na Teoria da Representação Social de Moscovici e abordagem teórica complementar Processual e Estrutural da mesma. Serão 270 participantes de ambos os tratamentos dialíticos vinculados a três serviços de nefrologia em Curitiba (PR). A coleta de dados utilizará a técnica de evocação de palavras( análise estrutural); entrevista semiestruturada(análise processual) e sessões de grupo focal. A análise de dados inclui auxílio do software EVOC (análise dos quatro quadrantes); software Alceste( análise lexical) e análise de conteúdo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresentar relatório parcial da pesquisa em andamento bem como solicitar inclusão de novos centros.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280

**Bairro:** 2º andar

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.015.044

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos que envolvem a pesquisa estão relacionados à mobilização de emocional em submeter-se a investigação de saúde e desconforto em realizar as técnicas de coleta de dados.

O benefício referido no TCLE indica que a pesquisa oferecerá informações que podem ser úteis para cuidados com a doença. Além disso apontam que a participação contribuirá para que sejam conhecidas melhores as práticas de cuidado que são significativas para as pessoas que vivem com a doença renal e estejam em tratamento. Este conhecimento poderá consistir em recursos disponíveis para minimizar as consequências da doença e reverter em benefício para embasar as abordagens educativas no contexto da nefrologia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A coleta de dados iniciou em junho de 2014. Até o momento foram coletados dados em dois serviços de diálise envolvendo 71 participantes e a análise de dados será obtida após conclusão da amostra.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram todos apresentados.

Anexadas as declarações final modelo CONEP, onde os Coparticipantes declaram ter lido e concordar com o Parecer deste CEP/SD.

**Recomendações:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

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

O relatório semestral explicita o andamento da pesquisa e a emenda justifica a necessidade de inclusão de novos centros.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.015.044

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CURITIBA, 08 de Abril de 2015

---

**Assinado por:**  
**Claudia Seely Rocco**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 280  
**Bairro:** 2º andar  
**UF:** PR      **Município:** CURITIBA      **CEP:** 80.060-240  
**Telefone:** (41)3360-7259      **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br