

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003290016>

CUIDADO, DOENÇA E SAÚDE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENTRE PESSOAS EM TRATAMENTO DIALÍTICO¹

Maria Elisa Brum do Nascimento², Maria de Fátima Mantovani³, Denize Cristina de Oliveira⁴

- ¹ Artigo extraído da tese - Representação social dos cuidados à saúde de pessoas com doença renal crônica: elementos para autogestão, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Paraná (UFPR), em 2015.
- ² Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação em Enfermagem. Universidade Positivo. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: elismek@hotmail.com
- ³ Doutora em Enfermagem. Professora da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Bolsista Produtividade CNPq. Curitiba. Paraná, Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br
- ⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e em Psicologia Social e da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora CNPq. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: dcouerj@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar e comparar a estrutura representacional do cuidado com saúde e a doença entre pessoas em tratamento dialítico.

Método: pesquisa qualitativa norteada na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, com 165 participantes, adultos, de ambos os sexos e tratamentos de hemodiálise e diálise peritoneal de quatro serviços de nefrologia em Curitiba e região. Os dados foram coletados entre junho de 2014 e maio de 2015, por meio das evocações livres aos termos indutores “cuidado com a doença” e “cuidado com a saúde” e tratados pelo *software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* e análise do quadro de quatro quadrantes.

Resultados: os resultados revelam que as representações de cuidado com a saúde e a doença compartilham conteúdo da doença, mas possui organização distinta, a saúde com o enfoque dos hábitos de vida e dimensão biomédica e a doença ressalta o aspecto avaliativo.

Conclusão: as representações de cuidado com a saúde e a doença interagem com comportamentos, atitudes e posicionamentos para o cuidado e fornece elementos para compreensão e apoio dos recursos individuais e ajustes da doença.

DESCRIPTORIOS: Insuficiência renal crônica. Saúde do adulto. Diálise renal. Psicologia social. Enfermagem.

CARE, DISEASE AND HEALTH: SOCIAL REPRESENTATIONS AMONG PEOPLE ON DIALYSIS TREATMENT

ABSTRACT

Objective: to analyze and compare the representational structure of health care and illness among people undergoing dialysis.

Method: qualitative research guided by the Theory of Social Representations in its structural approach, with 165 participants, including adults, of both sexes undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis in four nephrology services in Curitiba and its surrounding region. The data were collected between June 2014 and May 2015, through free evocations of the terms “disease care” and “health care” and treated through the *Ensemble of Permettant Programs L'Analyse des Evocations* software and four quadrants analysis.

Results: the results show that the representations of health care and disease share disease content, but it has a distinct organization, health with the focus of life habits and biomedical dimension, and the disease emphasizes the evaluative aspect.

Conclusions: the representations of health care and disease interact with behaviors, attitudes and positions of care and provide elements to understand and support individual resources and adjustment of the disease.

DESCRIPTORS: Chronic renal failure. Adult health. Renal dialysis. Social Psychology. Nursing

CUIDADO, ENFERMEDAD Y SALUD: REPRESENTACIONES SOCIALES ENTRE PERSONAS EN EL TRATAMIENTO DIALÍTICO

RESUMEN

Objetivo: analizar y comparar la estructura representativa del cuidado con la salud y la enfermedad entre las personas con tratamiento dialítico.

Método: investigación cualitativa fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales, en su abordaje estructural, con 165 participantes adultos de ambos sexos y tratamientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal de cuatro servicios de nefrología, en Curitiba y región. Los datos fueron obtenidos entre Junio del 2014 y Mayo del 2015 por medio de las evocaciones libres a los términos inductores “cuidado con la enfermedad” y “cuidado con la salud”, tratados por el *software Ensemble de Programmes Pemettant L'Analyse des Evocations* y el análisis del cuadro de cuatro cuadrantes.

Resultados: los resultados revelan que las representaciones del cuidado con la salud y la enfermedad comparten el contenido de la enfermedad, pero poseen una organización distinta, la salud con el enfoque de los hábitos de vida y la dimensión biomédica, y la enfermedad resalta el aspecto evaluador.

Conclusión: las representaciones del cuidado con la salud y la enfermedad interactúan con comportamientos, actitudes y posicionamientos para el cuidado, y además, proveen los elementos para comprensión y apoyo de los recursos individuales y ajustes de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Insuficiencia renal crónica. Salud del adulto. Diálisis renal. Psicología social. Enfermería.

INTRODUÇÃO

O tratamento da doença renal crônica (DRC) conforma um desafio para a pessoa que vivencia seu estágio avançado, requer adesão à diálise e rigorosos planos terapêuticos para manutenção da vida. Essa estratégia terapêutica impõe uma série de mudanças comportamentais sobre a pessoa, tendo como um dos maiores encargos adequar o estilo de vida ao tratamento. Em consonância com a incumbência terapêutica, o cuidado acarreta preocupações, exige enfrentamento diário e produz saberes manifestos na forma de um conjunto ativo, alicerçado em crenças e representações.¹⁻²

As representações de saúde e doença, ao longo dos anos, são construídas de acordo com as formas de ser das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização, e dependem do entendimento do ser e das inter-relações com seu meio. Estas, além de interatuar com comportamentos, compõem uma dinâmica que se manifesta com a produção de conhecimento e molda definições para o cuidado com a saúde e a doença.³ Enquanto objetos sociais, a saúde e a doença renal constituem os elementos essenciais para a formação de representações. A doença renal, antes desconhecida, passa a integrar a inquietação com a saúde, passível de ser pensada e sobre a qual se deve agir e implementar o cuidado.

As representações de saúde e cuidado podem ser vistas de diferentes maneiras, pronunciadas como prejuízo, condicionadas a cuidados médicos e tranquilas quando associadas à adoção de hábitos saudáveis.⁴ A dimensão da escolha e de adesão aos modos de vida saudáveis relaciona-se à pessoa e influencia diretamente a sua resposta cognitiva e emocional sobre sua doença e seu comportamento para lidar com isso.⁵ Ressalta-se que a percepção da

doença se concentra em aspectos cognitivos (identidade, consequências da doença, controle pessoal e eficácia do tratamento) e emocionais (consciência da doença, entendimento desta e emoções geradas).⁶

Entre os enfoques positivos e benéficos associados ao cuidado com a doença renal, considera-se que o apoio de familiares e amigos atua como precursor na adaptação à doença e consiste em fonte de otimismo, positividade e qualidade de vida.⁷ O conhecimento da pessoa sobre a doença, a confiança e o apoio social são fatores que fortalecem o cuidado e favorecem a gestão da doença.⁸

Na relação terapêutica, a compressão compartilhada da doença e crenças do tratamento são significativas para que as pessoas sejam participantes ativas e envolvidas no cuidado com a saúde e a doença. Deste modo, essa discussão consiste na oportunidade de ampliar e melhorar o cuidado com base nas necessidades da pessoa e consolidar o conhecimento para mitigar a carga da doença renal crônica. Ademais, subjetividades e representações propiciam o conjunto de acumulação de conhecimentos da pessoa, no qual se incluem as atitudes para promover a saúde.⁵ O estresse psicológico e físico vivenciado pela pessoa com DRC abrange a doença, o medo em fazer o tratamento de hemodiálise, a restrição dietética, de líquidos, a capacidade de viajar, entre outros, além das necessidades individuais.⁹

As necessidades específicas do grupo da DRC ainda são uma questão a ser considerada no cuidado com a saúde e a doença, pois oferecem um espaço para que as representações da pessoa possam ser recuperadas e discutidas. Assim, as representações de cuidado com a saúde e a doença apresentam-se não apenas como uma forma de comunicação e acesso ao mundo da pessoa com DRC, mas também

se mostram essenciais, na medida em que auxiliam a enfrentar a realidade da doença. Possibilitam que a pessoa compreenda e mantenha o controle dos cuidados, diante das adversidades, o que é imprescindível em seu cotidiano. Em face de tais considerações, esta pesquisa teve como objetivos analisar e comparar a estrutura representacional do cuidado com a saúde e a doença entre pessoas em tratamento dialítico.

MÉTODOS

Este estudo teve uma abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS).¹⁰ Esta, possibilita resgate de saberes do senso comum para contemplar atitudes, posicionamentos e construir novos olhares sobre o cuidado. A TRS é um “sistema de concepções, imagens e valores que tem significado cultural e persiste independente das experiências individuais”.^{10:27}

Utilizou-se mais especificamente a abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central das Representações Sociais.¹¹ Essa teoria considera que a organização da representação em torno do núcleo central se ocupa dos conteúdos cognitivos.¹² E esse “sistema central está ligado a normas e valores, às condições históricas, culturais e ideológicas e de-

fine a homogeneidade do grupo”.^{11:33} Ao redor do “sistema central, o periférico, mais flexível e menos limitante, com caráter funcional, constitui o essencial do conteúdo das representações”.^{11:33}

A pesquisa foi realizada em quatro serviços de nefrologia no município de Curitiba-PR e Região Metropolitana, os quais foram selecionados intencionalmente por facilitarem o acesso a uma população de diferentes estratos sociais e por fazerem parte da rede de serviços considerados de referência na especialidade.

Os participantes foram pessoas com DRC em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal. Incluídos participantes adultos, de ambos os sexos, idade entre 24 e 59 anos, com mais de seis meses na terapia dialítica, em programa regular de tratamento em quatro serviços de nefrologia, localizados em Curitiba e região metropolitana. Os critérios de exclusão foram pessoas com restrição de comunicação oral, com problemas cognitivos, auditivos, em internação no momento da entrevista ou pós-transplante.

A amostra foi de 165 participantes, obtida por conveniência, de acordo com a presença no local do tratamento nos dias delimitados para a coleta de dados, mediante indicação dos profissionais de saúde, selecionada conforme critérios estabelecidos (Figura 1).

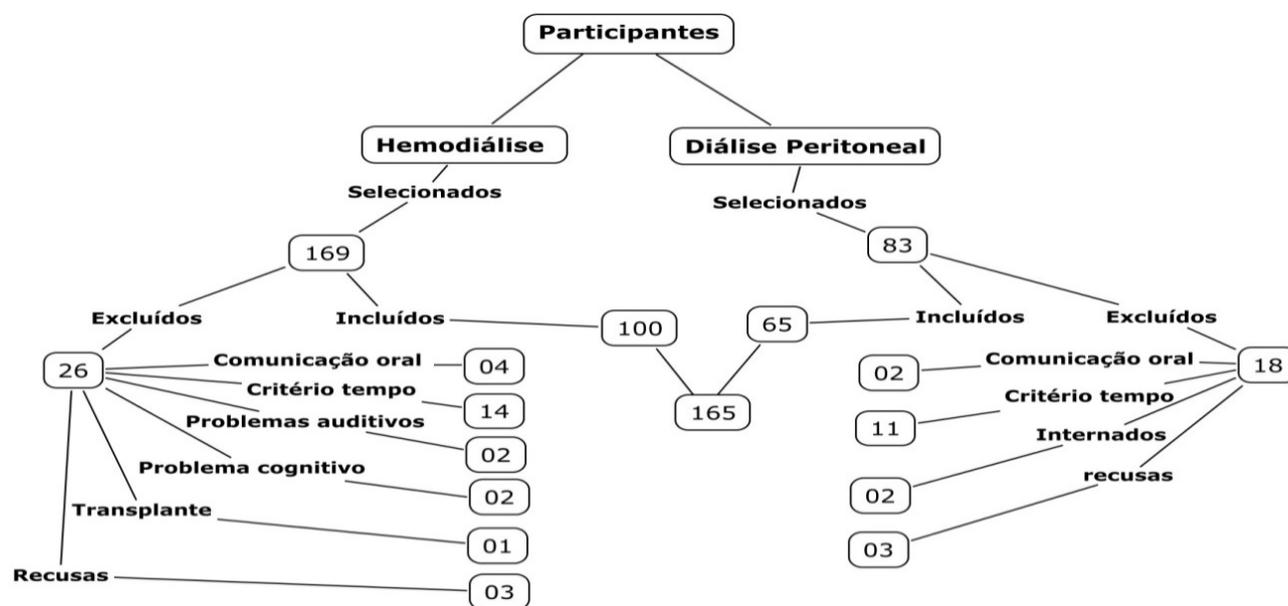


Figura 1 - Quantitativo de participantes com DRC em hemodiálise e diálise peritoneal. Curitiba-PR, 2015

A coleta de dados foi realizada pelo primeiro autor, entre junho de 2014 e maio de 2015. Aplicou-se um questionário composto por variáveis sociodemográficas, bem como evocações livres de palavras.

Essa técnica de coleta permite colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado.¹³ Foi utilizado os termos indutores “cuidado com a saúde” e “cuidado com a doença” e solicitada às pessoas

com DRC a fala de cinco produções (palavras ou expressões), na ordem de enunciação em que fossem surgindo na mente dos participantes.

A coleta se deu mediante agendamento, nas dependências dos serviços de nefrologia, individualmente, em local reservado antes do e após o tratamento, e os dados foram registrados por escrito no instrumento, depois da identificação os participantes. A identificação consistiu na atribuição de um número ordinal a cada participante em ordem crescente da aplicação do instrumento.

Os dados analisados com auxílio da Técnica de Evocação Livre de Palavras asseguraram a elaboração do quadro de quatro casas, por meio da versão 2005 do *software Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Evocations* (EVOG), buscando identificar a estruturação dos conteúdos representacionais.¹³ O produto das evocações foi organizado previamente, constituindo-se em um *corpus* para análise. A técnica de análise consistiu em construção de um quadro de quatro casas no qual são distribuídas as palavras evocadas, conforme o critério de maiores frequências e ordem média de evocações (OME).¹⁴

O quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. No quadrante superior esquerdo, ficam situados os termos verdadeiramente significativos para os participantes e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. Os termos localizados no quadrante superior direito e inferior direito são repetitivamente a primeira e a segunda periferia, e aquelas localizadas no quadrante inferior esquerdo constituem os elementos de contraste.¹³

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 por identificar o sentido das palavras em relação ao objeto, utilizou-se a polarização dos termos evocados em aspectos negativos e positivos para o cuidado. Essa classificação se refere à dimensão das atitudes em representações sociais, ou seja, o posicionamento assumido diante do objeto, favorável ou desfavorável, e definiram-se como aspectos positivos para o cuidado com aqueles que se opõem à doença, a exemplo do acompanhamento médico, a prática de atividade física, entre outros. Assim como os elementos negativos consistem em ações restritivas necessárias ao cuidado com a doença, como diálise, medicação, entre outros.

O estudo obedeceu aos requisitos éticos e legais contidos na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 26511414.9.0000.0102 (Parecer n. 655.501/2014). Com a necessidade de ampliação dos campos de coleta para o grupo da diálise peritoneal, o projeto foi aprovado novamente pelo CEP (Parecer nº 1.015.044 e CAAE 26511414.9.0000.0102), sendo mantidos o caráter sigiloso e anonimato dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Não houve conflitos de interesse na condução desta pesquisa.

RESULTADOS

Do total de pessoas com DRC em diálise, cem (60,60%) estão em tratamento de hemodiálise e 65 (39,39%) em diálise peritoneal, com destaque para a faixa etária de 41 e 59 anos entre as pessoas em diálise para ambos os tratamentos (111 participantes – 67,27%) e predomínio do sexo feminino (86 participantes – 52,12%). Em relação ao tempo de diagnóstico da doença, houve predomínio do período superior a cinco anos em 88 (53,33%) participantes e, quanto ao tempo no tratamento, a maioria entre seis meses e cinco anos (104 participantes – 63,03%).

A análise da estrutura das representações de cuidado com a saúde e a doença entre pessoas com DRC em tratamento dialítico, a partir das evocações produzidas, expõe os resultados apresentados e discutidos confrontando os termos indutores conforme localização dos elementos nos respectivos quadrantes. A análise das evocações produzidas resultou nos quadros de quatro casas apresentados nos quadros 1 e 2. Nestes quadros, são encontradas seis dimensões correspondentes aos termos “cuidado com a doença” e “cuidado com a saúde”. São elas: avaliativa, hábitos de vida, biomédica, afetiva, social e de bem-estar.

A dimensão avaliativa se relaciona ao julgamento para se alcançar saúde e como essencial e necessário para controlar a doença (alimentação controlada, medicação correta, controle da pressão, alimentação correta, fazer o tratamento, controle de líquido). A dimensão hábitos de vida pode ser interpretada como um comportamento que favorece a saúde ou é dependente dela, expresso pelos termos alimentação, exercício físico, atividade física e higiene.

A dimensão biomédica manifesta os termos relacionados ao processo saúde- doença em sua

base profissional biológica (medicação, acompanhamento médico e o tratamento). A dimensão afetiva refere-se à natureza dos vínculos, das emoções favoráveis à saúde e de amparo à doença e ao cuidado (apoio família). A social constitui-se de termos que se relacionam com a funcionalidade da pessoa associada às questões práticas para as quais ser saudável é necessário (trabalhar). A de bem-estar retrata a concepção ampla de saúde, considerando os estados e a disposição no dia a dia associados ao cuidado e à qualidade de vida (tranquilidade, vida, descanso, bem-estar).

Para o termo “cuidado com a doença”, foram evocadas 824 palavras, entre as quais 196 eram diferentes. A frequência mínima definida foi de 13, sendo excluídas da composição do quadro de quatro

quadrantes as palavras com frequência menor. A frequência média calculada dos termos restantes foi de 29. A ordem média de evocações (OME) foi de 3,0, em uma escala de 1 a 5. A realização dos cálculos necessários foi elaborada pelo próprio *software*, com base na Lei de Zipf.¹⁴ O quadro de quatro quadrantes foi construído a partir dos parâmetros definidos anteriormente (Quadro 1).

Em relação ao termo “cuidado com a saúde”, foram evocadas 826 palavras, entre as quais 178 eram diferentes. A frequência mínima definida foi de 11, sendo excluídas as palavras com frequência menor. A frequência média calculada dos termos restantes foi de 23. A ordem média de evocações (OME) também foi 3,0 e a realização dos cálculos segue os mesmos parâmetros para construção do quadro 2.

Quadro 1 - Análise das evocações do termo indutor “cuidado com a doença” entre pessoas com DRC em tratamento dialítico dos serviços de nefrologia. Curitiba-PR, 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			
	Higiene	31	2,097			
< 29	Cuidado	27	2,519	Apoio-família	22	3,455
	Controle-sal	19	2,842	Transplante	14	3,714
				Controle-pressão	13	3,231

*OME: ordem média de evocações; †Freq: frequência total do termo evocado.

Quadro 2 - Análise das evocações do termo indutor “cuidado com a saúde” entre pessoas com DRC em tratamento dialítico dos serviços de nefrologia. Curitiba-PR, 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

OME*	< 3			≥ 3		
Freq† Med.	Termo evocado	Freq†	OME*	Termo evocado	Freq†	OME*
< 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			

*OME: ordem média de evocações; Freq: frequência total do termo evocado.

DISCUSSÃO

A análise das evocações de ambos os termos indutores, “cuidado com a doença” e “cuidado com saúde”, revela similaridade quanto aos conteúdos do núcleo central associados aos hábitos de vida, comprovando que a alimentação é essencial e com Quadro um elemento que dá valor à representação do cuidado com saúde e a doença. O núcleo central possui três funções: geradora, organizadora e estabilizadora, produzindo respectivamente o significado, a organização interna e a estabilidade da representação.¹¹ Assim, o termo *alimentação* exerce uma função geradora, que dá sentido também à função organizadora, unifica e ainda estabiliza a representação.

A alimentação conforma um objeto de representação do cuidado para a pessoa com DRC, que se encontra desdobrado em diferentes enfoques: como necessidade associada ao cuidado com a saúde e como controle ligado ao cuidado com a doença. Isso porque foram identificados componentes básicos de uma representação: a formulação do conhecimento sobre o objeto e um posicionamento grupal favorável ou desfavorável sobre o mesmo (atitude).¹⁵

O cuidado com a saúde implica a adoção de posicionamentos imprescindíveis para silenciar os órgãos e evitar eventos nocivos, voltados à alimentação, ao exercício físico e à manutenção do acompanhamento médico, e o cuidado com a doença significa abafar o clamor dos órgãos, aliado a um amplo campo representacional composto por um conjunto de termos diversificados para designar o “cuidado com a doença” revelando uma representação com elementos de forte dimensão avaliativa, como controle de líquido, alimentação controlada, controle de pressão e sal e, dimensão biomédica, diálise, medicação e transplante.

Na DRC, a intervenção dietética tem caráter amplo e, além disso, o tratamento dialítico exige orientações específicas para otimizar as condições nutricionais.¹⁶ Sua importância 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. Entre pessoas com a doença renal, a nutrição está associada a percepções de saúde e doença com enfoque na centralidade da alimentação sobre o funcionamento do corpo e da mente.¹⁷

A ênfase do aspecto avaliativo no cuidado com a DRC mostra que esta prática em pessoas com doença renal em estágio terminal está ligada às imposições em gerenciar a limitação de sal, líquido e alimentos para prevenir complicações que consistem em estressores da doença e demandam um comportamento regrado.² Estudo¹⁸ sobre a ligação entre estressores e aderência dietética renal revela que a restrição a determinado alimento está associado ao melhor conhecimento da fonte de alimentos e complicações atreladas ao mesmo. Esse mesmo estudo mostra que pessoas com alto controle percebido são mais aderentes ao controle de líquidos. Conseqüentemente, o aspecto avaliativo agencia o cuidado com a doença.

A organização central da representação de cuidado com a doença mostra que as noções dos hábitos de vida (higiene) e os conteúdos de dimensão biomédica (diálise) ressaltam os significados da doença e do tratamento. A higiene vai além de uma medida de vigilância em saúde, ela conforma um saber que vem estruturar, transformar a pessoa com DRC, pois novas formas de pensar, sentir e agir são introduzidas no domicílio para cuidar da doença. Esse conhecimento consente ao cuidado, à manutenção de sua condição de vida e saúde. Isso

se deve ao consenso entre as pessoas com DRC de que a peritonite ou infecção da parede peritoneal em decorrência de contaminação por quebra de técnica pode levar à falha da modalidade terapêutica, hospitalização e morte,¹⁹ e resulta em medo, angústia e culpa.

Essa organização central é reforçada nos elementos periféricos do cuidado com a doença com os léxicos de dimensão biomédica diálise, medicação e transplante que indicam aspectos que demandam um posicionamento necessário para manutenção do controle da doença. Esses elementos exigem adesão, incorrem em sofrimentos e dependem das crenças pessoais. As crenças das pessoas sobre o uso de medicação específica prescrita se relacionam com as necessidades do medicamento para manutenção da saúde no momento e no futuro e as preocupações sobre os potenciais eventos adversos.

A terapia dialítica confere estresse elevado sobre a pessoa relacionado ao extenso regime de drogas e o cronograma de diálise.²⁰ Com isso, os termos evocados diálise, transplante e medicação desempenham uma conotação negativa sobre a representação do cuidado com a doença, pois são elementos que produzem preocupações, limitações, modificam a rotina e o estilo de vida da pessoa anterior ao tratamento.

A estrutura central da representação do cuidado com a saúde mantém o sentido em torno dos hábitos de vida, e aponta elementos indispensáveis como a alimentação e o exercício físico nos conteúdos centrais da representação e revela enfoque atitudinal positivo por parte dos participantes, além de reforçar a inferência de que há um esforço dos mesmos em avaliar a necessidade de a pessoa se posicionar para ter saúde. O acompanhamento médico ligado à dimensão biomédica ressalta a importância do monitoramento como medida de cuidado com a saúde. Esses aspectos evidenciaram que o cuidado com a saúde está pautado naquilo que é imperativo à pessoa ligado à manutenção das necessidades físicas como fator de proteção à saúde com benefícios para reduzir riscos e danos.²¹

A organização periférica da representação de cuidado com a saúde mescla expressões da doença associadas aos hábitos de vida como a higiene e atividade física, conteúdos avaliativos como a alimentação controlada e controle de líquido e ainda a dimensão biomédica com a evocação da medicação. Com exceção da atividade física, os demais conteúdos ressaltam cuidados ligados ao tratamento dialítico como as medidas higiênicas e advertências da doença.

A análise dos elementos periféricos próximos em ambos os termos indutores exhibe o compartilhamento dos léxicos de dimensão biomédica, medicação, e avaliativa, alimentação controlada. Em relação ao cuidado com a doença, esses significados negativos reforçam os elementos do núcleo central. No cuidado com a saúde, essa noção é ampliada pelo léxico controle de líquido. Ainda referente ao cuidado com a saúde, o acréscimo dos termos atividade física e higiene associados à dimensão hábitos de vida propõe um conjunto de atitudes para preservar a saúde.

A periferia distante revela o compartilhamento do elemento avaliativo associado ao léxico controle da pressão, em ambos os termos indutores, o que realça o elemento negativo da doença ligado ao cuidado com a saúde. Nota-se, no cuidado com a doença, que a presença desses elementos reunidos ao conteúdo de dimensão biomédica (transplante), além de confirmar a organização do núcleo central, acentua a negatividade da representação de cuidado.

Destacam-se traços de positividade ligados ao cuidado em ambos os termos, na periferia distante, com o termo apoio família. Esses achados corroboraram aspectos descritos em estudo sobre representação social na DRC que sinaliza a afinidade do cuidado e as relações psicoafetivas e sociais imbricadas na experiência,²² e confirmam associação consistente entre apoio emocional de amigos e familiares e auxílio informativo dos profissionais de saúde e a gestão do fardo físico e psicológico na diálise peritoneal.²³

Em relação à zona de contraste, os conteúdos do cuidado com a saúde e a doença mostram compartilhamento do termo cuidado que marca um subsídio e conforma uma resposta essencial diante da doença. O elemento de contraste da representação do cuidado com a doença sinaliza o controle do sal e acentua a definição do componente avaliativo na representação a partir dos elementos centrais e está diretamente ligada ao ônus da doença. As pessoas com DRC possuem restrição rigorosa do sal a qual visa diminuir a compulsão pela ingestão de líquidos, manter o controle da pressão arterial e diminuir o ganho de peso entre as sessões do tratamento.²⁴

A zona de contraste dos conteúdos da saúde apresenta uma variedade de termos de noção biomédica (exames periódicos, medicação correta, tratamento) e noção avaliativa (fazer o tratamento), que retratam aspectos específicos ligados à assistência à saúde, caracterizando a prioridade da terapêutica. Revelam os conteúdos da doença mesclados na saúde.

É importante 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.¹¹

Do mesmo modo, observam-se representações definidas pelo mesmo conteúdo e com organização diferente, o que é similar à abordagem de Abric, que afirma que “a organização do conteúdo é essencial e a simples identificação do conteúdo não basta para seu reconhecimento e especificação”.^{11:31} Na primeira periferia, identifica-se a função “para-choque”^{11:32} da representação e possui a função de defesa. Assim, os objetos saúde e doença mostram prevalência dos elementos ligados aos conteúdos da doença.

Em face ao detalhamento da organização do pensamento social dos participantes, nota-se a possibilidade de que, em meio à elaboração de um posicionamento próprio sobre o cuidado com a saúde, as pessoas com DRC recorram aos elementos de dimensão afetiva, social e de bem-estar. Esses termos evocados lembram que o cuidado com a saúde e doença consiste em manter a satisfação com a vida e uma boa saúde mental.

O cuidado com a saúde aponta a dimensão social do trabalho e os elementos de bem-estar, tranquilidade, vida com expressão e domínios associados à funcionalidade e à qualidade de vida. Essas expressões indicam que o posicionamento das pessoas com DRC está alicerçado em elementos que promovem a qualidade de vida e favorecem o cuidado. A definição de qualidade de vida se aproxima das percepções, valores, contexto cultural e guarda relação com seus objetivos, preocupações, expectativas e padrões.²⁵ A qualidade de vida relacionada à saúde tem se tornado indicador de saúde e bem estar para avaliar pessoas com DRC.²⁶

O cuidado com a saúde apresenta uma forte correlação para manter o padrão de atividades que interferem com o social, a satisfação e o bem-estar. A dimensão social do trabalho, além de estar associada à necessidade de sobrevivência, proporciona prazer e satisfação.²⁷ A associação do trabalho com a prática de lazer, além de promover bem-estar, influencia a expansão da rede social.

A evocação trabalho não aparece relacionada ao cuidado com a doença nesta pesquisa. Isso provavelmente se deve à relação da complexidade

da DRC e o componente de saúde mental, que abrange vitalidade, aspectos emocionais e incorre em impacto expressivo na vida da pessoa, pois a diminuição da disposição para o trabalho conforma um dos domínios com correlação negativa com a qualidade de vida.^{2,28}

Outra dimensão representacional expressiva nesta pesquisa foi a afetiva. Os participantes parecem se posicionar favoravelmente ao cuidado com saúde e doença, qualificando-o ao verbalizarem o termo apoio familiar. A presença dos elementos de dimensão afetiva produz efeito positivo, que auxilia a pessoa com DRC a lidar com a doença e gerenciar emoções.²⁹ A manutenção dos vínculos, quando presentes, agencia a resistência para alcançar adesão ao cuidado, pois diminui o fardo da doença e do tratamento.

O termo cuidado, presente na zona de contraste das evocações do cuidado com a saúde e a doença, é de menor frequência, mas considerado de grande importância para os participantes e sustenta a representação presente nos demais quadrantes. Centra-se na percepção do cuidado como essencial para a saúde na condição de doente renal. Atribuem-se ao cuidado sentimentos positivos de zelo e atenção.

Uma limitação deste estudo aponta-se à demora no encerramento da coleta de dados no grupo da diálise peritoneal, pois além de contar com quantitativo limitado de adultos na modalidade, houve baixa frequência das pessoas agendadas às consultas de rotina.

CONCLUSÕES

O pensamento das pessoas com DRC em relação ao objeto representacional cuidado com saúde reúne uma diversidade de termos que permitiu a adoção de posicionamentos em grande parte favoráveis ao cuidado. Contrariamente, a representação do cuidado com a doença demandou posicionamentos, na sua maioria, desfavoráveis ao cuidado, pois incorrem em submissão, regras e limitações decorrentes do contexto da doença e do tratamento.

O conjunto dos participantes apresentou uma estrutura representacional cunhada nos elementos de dimensão dos hábitos de vida, e sobressai o papel atribuído à alimentação no cuidado com a saúde e doença. A alimentação, representada como essencial ao cuidado para manter a boa saúde, é parte integrante e fundamental do tratamento para evitar a progressão da DRC. O desdobramento deste hábito de vida, considerado a base para a saúde, também é representado como fonte de restrições, portanto

negativa, e conforma termos da dimensão avaliativa e que fazem parte do tratamento.

Ressalta-se, ainda, uma representação que re-produz a dimensão afetiva atrelada às relações, aos vínculos e ao apoio familiar. Este termo apresenta uma aproximação simbólica com o cuidado, presente na zona de contraste. O termo apoio denota a interação social positiva para o cuidado com a saúde e doença, que está relacionada ao compartilhamento, à disponibilidade, e contribui para redução dos estressores do tratamento com forte impacto no ajuste emocional e pessoal.

Entre as implicações para prática, o conhecimento do pensamento social da pessoa com DRC sobre o cuidado com a saúde e doença forneceu uma base para compreensão e apoio dos recursos individuais e ajustes na doença. Assim, um programa de cuidado renal que leva em consideração as representações sociais poderá permitir aos profissionais enfermeiros e à equipe de saúde a exploração da expressão por meio da linguagem das pessoas de sintomas, pensamentos de possíveis causas e do curso da doença. Isso poderia possibilitar uma oportunidade para abordar a incerteza, as preocupações, os equívocos e crenças não adaptativas.

Considera-se que as representações de cuidado com a saúde e a doença e cognições das pessoas com doença renal são determinantes importante para assistência/cuidado renal na medida em que interagem com comportamentos, atitudes e posicionamentos para o cuidado, com implicações para futuras pesquisas e prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Clarke AM, Yates T, Smith AC, Chilcot J. Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes: a narrative review. *Clin Kidney J* [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 May 10]; 9(3):494-502. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886910/>
2. Campos CGP, Mantovani MF, Nascimento MEB, Cassi CC. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(2):106-12.
3. Jansen DL, Heijmans MJ, Rijken M, Spreeuwenberg P, Grootendorst DC, Dekker FW, et al. Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? *Br J Health Psychol* [Internet]. 2013 May [cited 2014 Nov 06]; 18(2):244-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126527>
4. Silva SPC, Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jul 18]; 23(32):626-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200626&lng=en
5. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Mar 26]; 20(3):679-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300679&lng=en
6. Valencia-Toro PA, Mora KC, Arbeláez SAM, Jaimes DA, Guzmán RY, Plazas M, et al. ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2014 Jan [cited 2017 Mar 26]; 21(1):4-9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232014000100002&lng=en
7. Barata NE, Roxo RC. Dyadic relationship and quality of life patients with chronic kidney disease. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Mar 26]; 37(3):315-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300315&lng=en
8. Li H, Jiang YF, Lin CC. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: descriptive study. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2014 Feb [cited 2015 Jun 12]; 51(2):208-16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23768411>
9. Gerogianni S, Babatsikou F, Gerogianni G, Grapsa E, Vasilopoulos G, Zyga S, et al. Concerns of patients on dialysis: a research study. *Health Sci J* [Internet]. 2014 May [cited 2015 Jun 12]; 8(4):423-37. Available from: <http://www.hsj.gr/medicine/concerns-of-patients-on-dialysis-a-research-study.pdf>
10. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
11. Abric J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.
12. Sá C. A construção do objeto em representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): EDUERJ; 1998.
13. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: Menin MSS, Shimizu AM, organizadores. Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2005.
14. Sá S. Prefácio à edição brasileira. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª ed. Goiânia (GO): AB; 2000.
15. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1978.

16. Rodrigues AM, Bento LMJ, Silva TPC. Nutritional education at the interdialytic weight gain control of hemodialysis patients. UNOPAR Cient Ciênc Human Educ [Internet]. 2015 Nov [cited 2016 Dec 10]; 16(5):492-9. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensino/article/view/3864>
17. Silva LM, Bueno CD. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Nutrire [Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Feb 15]; 39(3):276-83. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2014/v39n3/a4561.pdf>
18. Gibson EL, Held I, Khawnekar D, Rutherford P. Differences in knowledge, stress, sensation seeking, and locus of control linked to dietary adherence in hemodialysis patients. Front Psychol [Internet]. 2016 Nov [cited 2017 Mar 26]; 7:1864. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126042/>
19. Rohit A, Abraram G. Peritoneal dialysis related peritonitis due to mycobacterium spp: a case report and review of literature review. J Epidemiol Global Health [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Mar 26]; 6(4):243-48. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210600616300570>
20. Baillie J, Lankshear A. Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. J Ren Care [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Mar 26]; 41(3):177-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25727142>
21. Polisseni MLC, Ribeiro LC. Exercise as protective factor for health of public servants. Rev Bras Med Esport [Internet]. 2014 Set [cited 2017 Mar 26]; 20(5):340-44. Available from <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00340.pdf>
22. Nowak Z, Laudański K. 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. Int J Med Sci [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Mar 26]; 11(3):291-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24516354>
23. Hudson JL, Moss-Morris R, Game D, Carroll A, Chilcot J. Improving distress in dialysis (iDiD): a tailored CBT self-management treatment for patients undergoing dialysis. J Ren Care [Internet]. 2016 May [cited 2017 Mar 26]; 42(4):223-38. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jorc.12168/pdf>
24. Santos ACB, Machado MC, Pereira LR, Abreu JLP, Lyra MB. Association between the level of quality of life and nutritional status in patients undergoing chronic renal hemodialysis. J Bras Nefrol [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jul 18]; 35(4):279-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002013000400008&lng=en
25. Ramos IC, Queiroz MVO, Jorge MSB, Santos MLOS. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. Acta Sci Health Sci. 2008; 30(1):73-9.
26. Ottaviani AC, Betoni LC, Paravini SCI, Say KG, Zazzetta MS, Orlandi FS. Association between anxiety and depression and quality of life of chronic renal patients on hemodialysis. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 27]; 25(3):e00650015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300303&lng=en
27. Silva AS, Silveira RS, Fernandes GFM, Lunardi VL, Backes VMS. Perceptions and changes in the quality of life of patients submitted to hemodialysis. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 Jul 19]; 64(5):839-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500006&lng=en
28. Mendonça AEO, Salvetti MG, Maia EMC, Silva ACO, Torres GV. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Jul 19]; 49(1):76-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100076&lng=en
29. Tong A, Lesmana B, Johnson DW, Wong G, Campbell D, Craig JC. The perspectives of adults living with peritoneal dialysis: thematic synthesis of qualitative studies. Am J Kidney Dis [Internet]. 2013 Jun [cited 2013 Nov 21]; 61(6):873-88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177729>

Correspondência: Maria Elisa Brum do Nascimento
Rua Comendador Macedo, 365 ap. 84
80060-030 - Centro, Curitiba, Paraná
E-mail: elismek@hotmail.com

Recebido: 26 de agosto de 2016
Aprovado: 04 de maio de 2016

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY)