

## ERRATA

### RESUMO:

-Linha 13, onde se lê: “Esses Discursos, que é a fala dos sujeitos, permitiram compreender...,” leia-se: “Esses Discursos que é a fala desses sujeitos, permitiu compreender...”

-Linha 15, onde se lê: “A partir da análise...”, leia-se: “A partir da análise...”

-Linha 18, onde se lê: “em suas casa...”, leia-se: “em suas casas...”

-Linha 22, onde se lê: “permitissão para adotar...”, leia-se: “permissão para adotar...”

Página 5, 5º parágrafo, linha 1, onde se lê: “Hoje, a tecnologia mais avançada hoje em máquina...”, leia-se: “Hoje, a tecnologia mais avançada em máquina...”

Página 11, 3º parágrafo, linha 1, onde se lê: “é fundamental importância...”, leia-se: “é de fundamental importância...”

Página 38, 3º parágrafo, linha 8, onde se lê: “Essas retrições são, geralmente, muito perigosas...”, leia-se: “Essas restrições são, geralmente, muito rigorosas...”

Página 51, 4º parágrafo, linha 2, onde se lê: “seeer portdor de diabetes...”, leia-se: “ser portador de diabetes...”

Página 74, 2º parágrafo, linha 4, onde se lê: “a este, apciente...”, leia-se: “a este, paciente...”, e no 4º parágrafo, linha 2, onde se lê: “que os pacientes terem passado...”, leia-se: “que os pacientes após terem passado...”

Página 99, 2º parágrafo, linha 3, onde se lê: “os aspectos da qualidade de vida desses doentes renais em uso da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contsínua (CAPD)”, leia-se: “Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Doentes Renais Crônicos submetidos a esse Tratamento.”

Página 100, 2º parágrafo, linha 1, onde se lê: “normlaização da sua vida”, leia-se: “normalização da sua vida” e na linha 2, onde se lê: “a grande maioria dos entrebistados...”, leia-se: “a grande maioria dos entrevistados...”

Página 101, 4º parágrafo, linha 4, onde se lê: “Por ser o CAPD por ser um processo contínuo...”, leia-se: “Por ser o CAPD um processo contínuo...” e na linha 9, onde se lê: “apresentarem quanto à alimentação”, leia-se: “apresentaram receio quanto à alimentação.”

Página 103, 1º parágrafo, linha 2, onde se lê: “os aspectos da qualidade de vida dos renais crônicos em CAPD,” leia-se: “o impacto da CAPD na qualidade de vida dos doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento.”

**IMPACTO DA DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL  
CONTÍNUA (CAPD) NA QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES  
RENAIS CRÔNICOS SUBMETIDOS A ESSE TRATAMENTO.**

**ROBÉRIA LÚCIA PRATES SANTOS**

**Tese apresentada ao Departamento de Prática de  
Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor.**

**Área de concentração: Serviços em Saúde Pública**

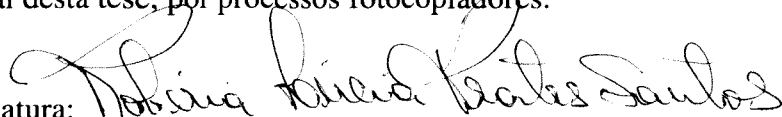
**Orientador: Dr. PAULO ANTONIO DE CARVALHO FORTES**

**SÃO PAULO**

**2003**

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:



Data:

07/01/2003.

43116/2003 doc

**À LARA, LÍVIA, CAROL e IANA  
que permitiram a maior emoção e  
razão da minha vida, a de ser mãe,  
e me ajudaram a aprender o amor  
sem limite.**

## DEDICATÓRIA

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Fortes, pelo estímulo e compreensão com que me conduziu pelos caminhos da pesquisa, ao longo de todo o trabalho. Com sua sabedoria, segurança e experiência, contribuiu para o meu crescimento e amadurecimento como pesquisadora.

Aos meus queridos pais, Valquíria e Petronílio, que com o exemplo de suas próprias vidas e luta, tanto me ensinaram a perseguir o meu ideal: o meu muito obrigada pelos ensinamentos de vida e amor.

Aos meus irmãos, cunhadas, cunhado e sobrinhos(as), que sempre vibraram com o meu sucesso. Cada um, a sua maneira, ajudou, apoiou e estimulou durante este curso e na elaboração deste trabalho.

À Girlene, Joaquim, Leandro e Roberto, que partiram tão prematuramente e não puderam compartilhar comigo este momento; mas que estão sempre vivos e presentes na minha mente e no meu coração. Tenho a certeza que, onde estiverem, estarão vibrando com a minha vitória.

E, finalmente, aos Renais Crônicos em CAPD, sujeitos deste estudo, pessoas bondosas e anônimas, pelo exemplo de luta e esperança, com os quais tanto aprendi: a minha mais profunda gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Fernando Lefèvre, pela competência e disponibilidade com que me auxiliou no desenvolvimento da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

À Profa. Dra. Miako Kimura, pelas valiosas sugestões as quais muito me auxiliaram nas reflexões do tema Qualidade de Vida.

À Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial a sua Reitora, Prof.a. Anací Bispo Paim, por ter propiciado este Curso de Doutorado.

À Diretora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Maria Lúcia Servo e aos demais colegas docentes do curso de enfermagem, pela amizade, compreensão, estímulo e apoio no decorrer de minha vida profissional e na elaboração deste trabalho.

Ao Coordenador do Doutorado na UEFS, Dr. Guido Rummmler e a Secretária Tania Lago, pela amizade, apoio e estímulo durante todos esses anos de doutorado e na elaboração deste trabalho.

À toda a equipe da Clínica Senhor do Bonfim, em especial ao seu Diretor, Dr. José Moura Andrade Junior, por ter permitido a execução deste trabalho naquele local e a Enfermeira Sumaia de Oliveira Cabral, pela disponibilidade, cordialidade e ajuda com que sempre nos acolheu durante todos esses anos de vida profissional e na elaboração deste trabalho.

À toda a equipe da Clínica IUNE, em especial ao seu Diretor, Antonio Cesar de Oliveira, por ter permitido o meu acesso à clínica para a consecução do pré-teste, e a Enfermeira Aline Mota de Almeida pela disponibilidade e ajuda.

Ao meus irmãos, Paulo e Robério, pela disponibilidade e inestimável participação, que com paciência e competência, realizaram a formatação da minuta e elaboração do material para a apresentação deste trabalho.

À Profa. Denise Maria Lago Ribeiro, pela disponibilidade e competência com que procedeu à versão do resumo para o inglês.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública pela disponibilidade, competência e atendimento solícito, em especial às bibliotecárias Maria Lúcia Ferraz, Maria do Carmo A. Alvarez e Vanda Lúcia Garbin.

Às bibliotecárias, Rejane Ribeiro e Marivaldina Bulcão da Biblioteca da Universidade Estadual de Feira de Santana pela ajuda, atenção e disponibilidade.

À equipe da Biblioteca de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela competência, atendimento solícito e disponibilidade.

Ao amigo e colega de doutorado, André Barboni, pela atenção e disponibilidade com que me auxiliou no manuseio da informática e formatação deste trabalho.

À Profa. Évila Oliveira, que com paciência e eficiência realizou a revisão deste trabalho.

À todos os colegas de doutorado, que durante esta trajetória proporcionaram trocas e reflexões profundas, que tanto contribuíram para o meu crescimento.

À Cristina, pelo apoio constante, carinho e dedicação com que substituiu as minhas ausências, tomando conta das minhas filhas, possibilitando-me a concretização do curso e deste trabalho.

Ao meus queridos amigos, Antonieta, Neuza, Creuza e Marquinhos, pelos encontros de vida e amizade, pela força na hora certa e pelo apoio, o que tornou este caminho menos árduo.



## RESUMO

Santos RLP. **Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos submetidos ao tratamento.** São Paulo; 2003 [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

Com o avanço tecnológico e científico no tratamento dos doentes renais crônicos, o aumento da sobrevida desses pacientes em tratamento dialítico é uma realidade. A atenção portanto, deve estar voltada para proporcionar um método de diálise que ofereça, também, uma melhor qualidade de vida a esses doentes renais. **Objetivo:** Analisar o impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na qualidade de vida de doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento. **Método:** Através de um estudo qualitativo de cunho exploratório, e utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), procurou-se selecionar todos os doentes renais em programa de CAPD numa clínica de diálise de Feira de Santana-Ba. Foram estudados 23 doentes renais e, após serem submetidos a uma entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita literalmente, selecionaram-se as idéias centrais com suas expressões-chaves correspondentes, com as quais foram construídos os DSCs. Esses Discursos, que é a fala dos sujeitos, permitiram compreender os significados atribuídos as vivências experimentadas por esses doentes renais enquanto usuários da CAPD. **Considerações finais:** Apartir da análise dos Discursos pôde-se considerar que a qualidade de vida desses doentes renais melhorou após o uso da CAPD, tendo apresentado os seguintes resultados: maior disposição e liberdade para desempenharem as tarefas do dia-a-dia; permanecerem em suas casa desfrutando da companhia dos familiares, cuidando de si mesmos e recebendo apoio dos seus; oportunidade de voltar a trabalhar, estudar, viajar, passear e manter uma vida social normal; melhora no relacionamento com os amigos, por poder estar tempo perto deles; permissão para adotar dieta sem restrição; e finalmente em relação a sexualidade, uma parte dos entrevistados refere que não houve alteração. Aqueles que referem diminuição da atividade sexual não a atribuem ao CAPD.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Qualidade de Vida em CAPD; Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD); Insuficiência Renal Crônica.

## SUMMARY

Santos RLP. **Impact of the Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) in the Quality of Life of Chronic Renal Patients submitted to treatment.** São Paulo- BR ; 2003. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP]

With technological and scientific advance in the treatment of the chronic renal patients, the increase of the survival of these patients in dialytic treatment is a reality. So we must pay attention to provide a dialysis method that offers a better quality of life to these renal patients too. **Purpose:** Because of this a study was realized with the aim to examine the impact of the Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) in the Quality of Life of Chronic Renal Patients submitted to that treatment. **Method:** Through a quantitative study of investigative kind and using the methodology of the Colective Subject Speech (DSC) all renal patients were selected in CAPD program in a dialysis clinic of Feira de Santana. Twenty- three renal patients were studied and after a semi-structured interview, recorded and literally transcribed, the main ideas were selected with their corresponded key-expressions and from these key-expressions the DSCs were conceived. These speeches, which are the subjects speech, allowed to understand the meanings attributed to the tested experiences by these renal patients, CAPD users. **Final Remarks:** From the analysis of the Speeches we may consider that the quality of life of these renal patients improved after the use of the CAPD by the following results: the patients showed a better humor and freedom to perform the daily duties, once it allows them to be at home, enjoying the family's company that takes care of them and gives supports; they had the chance to come back to work, study, travel, take a walk and a normal social life; better relationship with friends because they're near them longer; for allowing a diet without limits and finally in relation to their sexuality, some say there was no difference and those who say that there was reduction in the sexual activity don't impute it to the CAPD.

**Describers:** Quality of Life; Quality of Life in CAPD; Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD); Chronic Renal Failure.

## LISTA DE TABELAS

- 1 – Características sócio-demográficas dos sujeitos da pesquisa -“Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos submetidos a.esse Tratamento. Feira de Santana-Ba.-2001 55
- 2 – Características clínicas dos sujeitos da pesquisa -“Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos submetidos a.esse Tratamento. Feira de Santana-Ba. 2001 56

## ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AC</b>	Ancoragem
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>Anti-HBs</b>	Anticorpo da Hepatite B
<b>APD ou DPA</b>	Diálise Peritoneal Automatizada
<b>AAS</b>	Ácido Acetil Salicílico
<b>AUQEI</b>	Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (é uma escala de avaliação de qualidade de vida para crianças de 4 a 12 anos).
<b>AVCI</b>	Anos de Vida Corrigidos pela Incapacidade
<b>BIREME</b>	Biblioteca Regional de Medicina
<b>BRASIL SF-36</b>	“The Medical Study 36-Item Short-Form Health Survey” (SF-36), (é um instrumento genérico para medir qualidade de vida, traduzido e validado no Brasil por Ciconelli em 1997).
<b>CAPD ou DPAC</b>	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
<b>CCPD ou DPCC</b>	Diálise Peritoneal Cíclica Contínua
<b>DALY</b>	Disability-Adjusted Life-Years
<b>DP</b>	Diálise Peritoneal
<b>DPI</b>	Diálise Peritoneal Intermitente
<b>DPIN</b>	Diálise Peritoneal Intermitente Noturna
<b>DPN</b>	Diálise Peritoneal Noturna
<b>DPTN</b>	Diálise Peritoneal “Tidal” (Fluxo em Maré) Noturna
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>ECH</b>	Expressão Chave
<b>FAV</b>	Fístula Arterio-Venosa

<b>FJP</b>	Fundação João Pinheiro
<b>Hb</b>	Hemoglobina
<b>HbSAg</b>	Antígeno da Hepatite B
<b>Anti-HCV</b>	Anticorpo da Hepatite C
<b>HD</b>	Hemodiálise
<b>HEALY</b>	Healthy Life-Year
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HT</b>	Hematócrito
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Idéia Central
<b>ICV</b>	Índice de Condições de Vida
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>IQV</b>	Índice de Qualidade de Vida
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>IRC</b>	Insuficiência Renal Crônica
<b>LILACS</b>	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	Medical Subject Headings of US National Library of Medicine-Computer Search System
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PET-TEST</b>	Teste de Equilíbrio Peritoneal
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>QALY</b>	Quality-Adjusted Life-Years
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>QVS</b>	Qualidade de Vida em Saúde

<b>SF-36</b>	The Mos 36-Item Short-Form Health Survey
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TGP</b>	Transaminase Glutamo Pirúvica
<b>TR</b>	Transplante Renal
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>UTI</b>	Unidade de Tratamento Intensivo
<b>WHOQOL</b>	World Health Organization Quality of Life
<b>WHOQOL GROUP</b>	Grupo de especialistas sobre Qualidade de Vida da OMS
<b>W-QLI</b>	Wisconsin-Quality of Life Index
<b>“WHOQOL 100”</b>	a versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, consta de 100 questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade ou crenças pessoais).
<b>“WHOQOL-BREF”</b>	a versão em português do segundo instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídos do anterior, cobrindo quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

# ÍNDICE

<b>I- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.A Doença Renal Crônica.....	1
1.1.As Formas de Tratamento da Insuficiência Renal Crônica (IRC).....	2
1.1.1.Tratamento Conservador .....	3
1.1.2. A Hemodiálise (HD).....	3
1.1.3.A Diálise Peritoneal .....	7
- A Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) .....	8
- A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) .....	10
- A Diálise Peritoneal Automatizada (DPA).....	12
1.1.4.O Transplante Renal (TR).....	13
1.1.5.Centros de Tratamento e Custos Dialíticos no Brasil.....	16
2.A Qualidade de Vida .....	18
2.1. Diferentes Abordagens sobre conceitos e medidas globais de Qualidade de Vida .....	18
2.2. Qualidade de Vida relacionada à Saúde.....	25
2.3. Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida .....	31
2.3.1 Medidas para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde .....	31
2.3.2 Instrumentos para Avaliação da Qualidade de Vida voltados para a Prática Clínica .....	33
2.4.Aspectos que Influencia na Qualidade de Vida dos Doentes Renais Crônicos .....	36
3 A Justificativa.....	40
<b>II- O OBJETIVO .....</b>	<b>42</b>
<b>III- O CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>43</b>
3.1. Fundamentação Teórico-conceitual .....	43
3.1.1 A Teoria das Representações Sociais .....	43

3.1.2 O Discurso do Sujeito Coletivo.....	47
3.2. O Cenário da Pesquisa.....	49
3.3. Sujeitos Participantes da Pesquisa .....	53
3.3.1. Características Sócio-demográficas e Clínicas .....	54
3.4. Instrumento da Pesquisa .....	56
3.5. A Organização e a Análise dos Dados.....	60
<b>IV- RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
4.1.TEMA I: Enfrentamento da Doença.....	62
4.1.1.Discussão do Tema I.....	65
4.2.TEMA II: Sentimento em Relação ao Procedimento.....	67
4.2.1.Discussão do Tema II .....	72
4.3.TEMA III: Relacionamento Familiar .....	75
4.3.1..Discussão do Tema III .....	77
4.4.TEMA IV: Relacionamento com os Amigos .....	78
4.4.1.Discussão do Tema IV .....	81
4.5.TEMA V: Trabalho .....	83
4.5.1.Discussão do Tema V .....	84
4.6.TEMA VI: Lazer e Locomoção .....	86
4.6.1.Discussão do Tema VI.....	89
4.7.TEMA VII: Alimentação .....	91
4.7.1.Discussão do Tema VII.....	92
4.8.TEMA VIII: Sexualidade.....	93
4.8.1.Discussão do Tema VIII .....	94
<b>V- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
<b>VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>104</b>
<b>VII- ANEXOS</b>	



ANEXO I –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	A2
ANEXO II –	QUADROS DEMONSTRATIVOS DAS QUESTÕES 1 À 10.....	A4
ANEXO III –	TEMA I – ENFRENTAMENTO DA DOENÇA.....	A34
ANEXO IV –	TEMA II – SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO.....	A37
ANEXO V –	TEMA III – RELACIONAMENTO FAMILIAR.....	A42
ANEXO VI –	TEMA IV – RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS .....	A45
ANEXO VII –	TEMA V – TRABALHO .....	A48
ANEXO VIII –	TEMA VI – LAZER E LOCOMOÇÃO.....	A51
ANEXO IX –	TEMA VII – ALIMENTAÇÃO .....	A55
ANEXO X –	TEMA VIII – SEXUALIDADE.....	A58

# **I - INTRODUÇÃO**

## **1. A Doença Renal Crônica**

A insuficiência renal crônica é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal que evolui para a falência dos meios homeostáticos orgânicos. Sendo que dentre as funções do rim destacam-se, em importância, a manutenção do equilíbrio hídrico, eletrolítico, ácido básico, excreção de catabólitos e a regulação hormonal (BRUNNER e SUDDART 1992; ROMÃO JUNIOR 1995; RIELLA 1996).

Esta insuficiência renal crônica pode ser causada basicamente por glomerulonefrite crônica, nefrosclerose maligna, pielonefrite crônica, nefropatia diabética, doença renal policística e outras (RIELLA 1996; BRUNNER e SUDDART 1992).

Porém, o tipo de doença renal crônica que leva a uremia varia nos diferentes países. Nos Estados Unidos, a nefropatia diabética é uma das mais frequentes causas da uremia crônica. Já no Brasil, a principal causa é a nefrite, seguida de hipertensão arterial e diabetes mellitus (SESSO et al 1994; BONFIM 1996).

Como a falência renal não se instala abruptamente, ROMÃO JUNIOR (1995), caracteriza diversas fases clínicas na progressão da insuficiência renal crônica: fase da insuficiência renal funcional, que ocorre no início da perda das funções dos rins, quando os níveis de uréia e creatinina plasmáticas ainda são normais e não há sinais e sintomas clínicos de insuficiência renal; fase de insuficiência renal crônica laboratorial, onde já são evidenciados níveis elevados de uréia e creatinina plasmáticas, quando o paciente mantém-se bem, embora possam estar presentes sinais e sintomas discretos de uremia; fase da insuficiência renal crônica clínica, em que o paciente já se ressente de disfunção renal, apresentando sinais e sintomas de uremia, como: a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos; e, finalmente, a fase terminal da insuficiência renal crônica, na qual o paciente apresenta múltiplas e sérias alterações clínico-laboratoriais e atinge um estado em que só há possibilidade de sobrevivência através da diálise ou transplante renal.

Já RIELLA (1996), classifica a progressiva perda da função renal em quatro fases: a primeira, em que ocorre 25% de redução funcional dos glomérulos, a segunda quando essa perda chega a 75% e já inicia a azotemia (elevação da uréia plasmática); a terceira fase caracteriza-se pela instalação da falência renal, quando a função de filtração glomerular fica abaixo de 20% e há presença de azotemia intensa; a quarta fase, também chamada de terminal, aparece a síndrome urêmica, na qual predominam os sinais e sintomas de uremia (fadiga, insônia, náuseas, anemia, hipertensão, nictúria, poliúria, oligúria, e outros), sendo necessária a terapia de diálise ou o transplante renal.

Segundo THOMÉ et al (1999a) a expressão Insuficiência Renal Crônica (IRC) apresenta um conjunto de sinais e sintomas que constituem a síndrome urêmica, com perda progressiva e irreversível da função renal depurativa, a filtração glomerular, que dependendo do grau de comprometimento dessa filtração a IRC pode ser leve, moderada e grave ou terminal.

Sendo o rim o principal órgão excretor de muitas substâncias, fica evidente sua importância no equilíbrio homeostático do organismo. Portanto, a destruição dos nefrons faz com que as substâncias normalmente excretadas pelos rins (uréia, creatinina, ac. úrico, amônia, fosfatos, sulfatos, cloretos, potássio, sódio, magnésio e água), acumulem-se na circulação, provocando a síndrome urêmica ou, simplesmente, uremia.

Portanto, para todos esses autores referidos, os fatores responsáveis pelas manifestações da síndrome urêmica podem ser resumidos em três categorias: toxinas urêmicas, alterações hidroeletrólíticas e alterações hormonais.

Para que possamos entender a qualidade de vida dos doentes renais crônicos submetidos à CAPD, é preciso que conheçamos um pouco sobre o tratamento dos doentes renais crônicos e as consequências destes no cotidiano desses indivíduos.

### **1.1. As Formas de Tratamento da Insuficiência renal crônica (IRC):**

Para o tratamento do paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC), temos: Tratamento Conservador, a Hemodiálise (HD), a Diálise Peritoneal [Diálise

Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) e a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)] e o Transplante Renal (com doador vivo relacionado ou doador cadáver).

#### 1.1.1. **Tratamento Conservador**

Consiste no uso de medicamentos e é necessária restrição dietética, esta porém só é eficiente na IRC leve a moderada (com filtração glomerular superior a 20ml/min.), pois retarda a progressão da insuficiência renal. O tratamento dietético consiste em promover uma nutrição adequada, com a restrição proteica e o controle da hidratação e do potássio. O tratamento medicamentoso se faz com o uso de diuréticos, anti-hipertensivos, vitaminas, antianêmicos e a redução e controle da pressão arterial (CESARINO 1995; ROMÃO JUNIOR 1995).

A eficiência desse tratamento segundo RIELLA (1996), envolve o controle da hipertensão, restrição de proteínas e fósforo, manejo da hiperlipidemia e o controle do balanço hidroeletrólítico. Porém, segundo o mesmo autor, a redução da proteína e do sal da dieta não deve ter uma rígida restrição por tempo prolongado, pois pode acarretar perda do paladar e a anorexia pode se instalar, antes disso, devendo iniciar o tratamento dialítico.

A indicação para se iniciar o programa dialítico é feita pelo próprio quadro clínico do paciente, quando surgem diversos sinais e sintomas importantes da uremia e, também, quando o tratamento conservador é incapaz de manter a qualidade de vida do paciente. Não havendo entretanto, um valor determinado de uréia e creatinina que confirme tal indicação, esta dependerá da suscetibilidade de cada indivíduo e da doença de base, pois os diabéticos sofrem mais precocemente os efeitos da uremia (THOMÉ et al. 1999).

#### 1.1.2 **Hemodiálise (HD)**

O termo diálise foi introduzido pelo médico e químico inglês Dr. Thomas Graham, em 1854, quando utilizou folhas de pergaminho como membrana dialisadora para separação de substâncias. Na segunda metade do século XIX

Richardson sugeriu que o sangue de animais pudesse ser dialisado usando um tubo coloidal banhado em solução salina. Em 1913, Dr. John Jacob Abel, realizou a primeira hemodiálise, em animal vivo, usando a hirudina (obtida a partir de sanguessugas) como anticoagulante. Em 1924, George Haas refinou a hirudina, que era tóxica ao homem, e usou uma bomba para impulsionar o sangue e fez a primeira hemodiálise em humanos urêmicos (THOMÉ et al. 1999; D'AVILA e FIGUEREDO 1996).

Foi somente em 1945, com o invento do rim artificial por um médico holandês, Dr. Kolff, que a terapêutica por hemodiálise tornou-se realidade. A partir daí os avanços tecnológicos dos últimos anos, na área da engenharia de máquinas, na farmacologia e na biotecnologia têm contribuído para aumentar a sobrevida. Prova disso é haver pacientes em programa de hemodiálise há mais de 15 anos, e também a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal que necessitam de terapia dialítica para sobreviverem (D'AVILA e FIGUEREDO 1996).

Este tratamento, inicialmente, só era utilizado para os indivíduos portadores de insuficiência renal aguda, pois era necessário dissecar uma artéria e uma veia para sua realização. Somente em 1960, quando foi criado o primeiro “shunt” artério-venoso, por Belding Scribner e Wayne Quinton, é que esse tratamento se estendeu aos pacientes renais crônicos. Porém, essa via de acesso ainda não era ideal, face aos riscos de trombose e infecção. Somente em 1964, é que James Cimino desenvolveu a técnica da fístula artério-venosa (FAV) e realizou a primeira HD utilizando a veia arterializada, técnica utilizada até hoje (THOMÉ et al. 1999).

A fistula artério-venosa (FAV) é a via de acesso vascular permanente de maior durabilidade e segurança, sendo a mais comum entre os pacientes submetidos a HD. Consiste na anastomose de uma artéria com uma veia feita cirurgicamente, de preferência em regiões distais dos membro superiores, com opção pelo não dominante, a fim de permitir maior liberdade de ação do paciente durante a hemodiálise e nos afazeres cotidianos (DAUGIRDAS e ING 1996).

Outra forma fácil e rápida de ganhar acesso temporário à circulação, para os pacientes que precisam agudamente de hemodiálise, são os catéteres venosos de

duplo lúmem. Podem ser encontrados em diferentes tamanhos e diâmetros, para adultos e crianças, e podem ser colocados nas veias subclávias ou jugulares e veia femural. Todavia, o uso desses vasos centrais envolve considerável morbidade e mortalidade. Portanto, sua permanência deve ser, tanto quanto possível, abreviada (D'AVILA e FIGUEREDO 1996).

A hemodiálise é um método de depuração extra renal no qual é utilizado um sistema de circulação extra corpórea, sendo o sangue removido por uma via de acesso (fistula artério-venosa ou cateter venoso) que percorre equipos transparentes de material sintético, até o capilar (rim artificial), que possui uma membrana semipermeável que separa o sangue e o líquido de diálise. Esta membrana pode permitir trocas por difusão através da pressão osmótica, como por ultrafiltração através da pressão hidrostática (DAUGIRDAS e ING 1996).

Durante três sessões semanais, e em uma unidade específica, o sangue circula do paciente para o dialisador por um período de três a quatro horas. São utilizados 120 litros de solução de diálise a cada sessão de hemodiálise.

A solução de diálise deve ser a base de bicarbonato de sódio, ao invés de acetato de sódio, pois esta pode se acumular no organismo e causar instabilidade cardíaca. A água, utilizada para a confecção da solução, deve ser livre de alumínio. Portanto, deve ser tratada previamente no sentido de purificá-la ao máximo, e o melhor tratamento disponível no momento é o de osmose reversa dupla, que é capaz de remover 90% das impurezas. Nesse processo a água é ultra filtrada sob pressão hidrostática contra membranas ultra seletivas: é o tratamento que hoje é preconizado em serviços que primam por controle de qualidade (GALVÃO 1997).

Hoje, a tecnologia mais avançada hoje em máquina de HD é a de proporção, que contém sistema de controle computadorizado, permite individualizar a solução de diálise misturada a água de acordo a necessidade de sódio, e monitorizar a perda do excedente de líquido acumulado entre uma sessão e outra, também adequando-a ao doente renal (ABENSUR 1994; GALVÃO 1997).

A diálise, por ser um procedimento a longo prazo e de alto custo, os centros de diálise brasileiros, (alguns em hospitais universitários, hospitais privados e clínicas

privadas) desde o início do seu funcionamento, em 1974, foram subsidiados pelos sistema previdenciário nacional (INAMPS) e alguns sistemas previdenciários estaduais. Atualmente, os repasses de verba são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ROCHA 1993; SESSO et al. 1994).

Com o fatídico acidente ocorrido no Instituto de Doenças Renais de Caruaru, que foi o episódio com o maior número de vítimas já registrado em um serviço de hemodiálise, o Ministério da Saúde produziu uma nova regulamentação para o setor de diálise, através da portaria 2.042, de 11 de outubro de 1996.

Essa portaria estabeleceu as seguintes medidas: prazo de dois anos para a substituição do velho maquinário (máquinas de tanque) por máquina de proporção; fixação de limite de reuso dos filtros ou dialisadores em no máximo seis vezes; obriga ainda a medição do volume interno das fibras (“priming”) em todos os dialisadores antes do primeiro uso e após cada reuso subsequente, qualquer resultado indicando uma redução superior a 20% no volume torna obrigatório o descarte; dialisadores de pacientes portadores dos vírus da hepatite B ou C sejam reprocessados isoladamente; que não se reutilize filtros de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (GALVÃO 1997; THOMÉ et al 1999b).

Estabelece ainda, espaço entre as poltronas; a dosagem rigorosa dos produtos; a realização de exames periódicos; existência de um médico e um enfermeiro para cada 25 pacientes e de um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada quatro pacientes por turno de HD; e de forma inédita, autoriza as entidades representativas dos doentes renais crônicos a controlarem a qualidade dos serviços contratados pelos SUS, facultando-lhes o acesso às instalações dos serviços de terapia renal, qualquer irregularidade encontrada deve ser imediatamente comunicada ao gestor do SUS para as providências cabíveis (GALVÃO 1997).

Entretanto, GALVÃO (1997) comenta, que segundo alguns especialistas na área, os novos parâmetros estabelecidos pela portaria 2.042 se aplicados, tornariam o custo da diálise inviável no país para os serviços que mantêm convênio com o SUS. A queixa comum do donos de clínicas conveniadas ao SUS é que o sistema remunera mal (R\$73,40 por sessão) e não permite investimento para renovação do maquinário, nem o descarte do dialisador como preconiza a portaria. Na prática, os

serviços continuam definindo o limite de reuso do dialisador, que é determinado pela permanência da capacidade de filtrar as impurezas do sangue.

### **1.1.3 A Diálise peritoneal**

A diálise peritoneal surgiu no século passado através dos estudos desenvolvidos por Wagner em animais, porém só foi utilizado em seres humanos no início do século XX por Ganter, que conseguiu evidente melhora clínica em uma paciente portadora de uremia aguda após infusão de solução salina em sua cavidade peritoneal (MCBRIDE 1990 apud RIBEIRO 2000).

Porém, somente no final da década de 50 é que esse método passou a ser utilizado amplamente no tratamento da uremia. A partir daí, os avanços tecnológicos deste método não mais pararam; o aprimoramento e a produção comercial das soluções dialisadoras e de cateteres apropriados. Desse modo, na década de 60 a diálise peritoneal desenvolveu-se francamente apesar da utilização de cateteres peritonias rígidos que precisavam de troca a cada diálise, as quais propiciavam complicações como: peritonites, perfuração de alças intestinais e de bexiga.

Somente na década de 70, com o surgimento do cateter de Tenckhoff, um cateter flexível que causa menor traumatismo permitindo período longo de permanência no peritônio e às soluções de diálise em bolsas plásticas, é que diminuiu a possibilidade de invasão bacteriana e surgiram outras modalidades de diálise peritoneal fora do ambiente hospitalar (D'AVILA e FIGUEREDO 1996).

Atualmente a diálise peritoneal se processa de três formas diferentes: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), a diálise peritoneal automatizada (DPA) e a diálise peritoneal intermitente (DPI).

As indicações para diálise peritoneal são: insuficiência renal crônica; insuficiência renal aguda; opção pessoal do paciente; residência em local distante da unidade de diálise; insuficiência cardíaca congestiva; instabilidade cardiovascular; doença cardíaca isquêmica; doença vascular difusa; sangramento ativo; pacientes que se recusam a receber transfusão, por motivos religiosos; dificuldade de acesso



vascular; crianças; e doentes com possibilidade de reversão da função renal (THOMÉ et al. 1999b).

As contra-indicações relativas à diálise peritoneal são: cirurgia abdominal ou torácica recente; hidrotórax; condições em que podem agravar-se pelo aumento da pressão intra-abdominal (hérnias, hemorróidas, lombalgia, ascite e outras); obesidade mórbida; tumores abdominais que ocupam espaço (rim, fígado, e pâncreas); ostomias; doença intestinal inflamatória ativa; retardo mental, psicoses, e pouca motivação; perda de mais de 50% de superfície peritoneal devido a peritonites ou cirurgias múltiplas (GOMEZ 1995; THOMÉ et al. 1999b).

A diálise peritoneal é um método de depuração extrarenal, empregando a difusão de moléculas solúveis, através de uma membrana porosa orgânica, o peritônio, esta separa a cavidade peritoneal do espaço intersticial (que por sua vez está em equilíbrio com o espaço intravascular) (BRUNNER e SUDDART 1992).

Qualquer solução introduzida na cavidade peritoneal logrará equilíbrio de forma rápida de todas as moléculas pequenas com o líquido tissular e vascular. Se este líquido de diálise (similares aos líquidos orgânicos) é substituído com frequência concedendo tempo para ganhar o equilíbrio pode-se extrair do organismo enormes quantidades de soluto de peso molecular baixo. Se, se varia a osmolaridade do líquido introduzido, se recupera uma quantidade maior ou menor deste líquido. As moléculas pequenas se difundem de uma zona de concentração elevada a uma zona de menor concentração através da membrana semi-permeável, a uma velocidade que é afetada unicamente pela diferença de concentração (BRUNNER e SUDDART 1992; DAUGIRDAS e ING 1996).

#### - **A Diálise Peritoneal Intermitente (DPI)**

A Diálise Peritoneal Intermitente tem sido abandonada em virtude de sua pouca eficácia e da má qualidade de vida que proporciona aos doentes renais. Ela pode ainda ser usada em situações excepcionais em que haja contra-indicações às outras formas de tratamento (THOMÉ et al 1999a p.428).

Em Feira de Santana, região da elaboração deste estudo, este tipo de tratamento dialítico já está sendo abandonado, embora ainda tenhamos alguns casos de pacientes renais crônicos que não podem fazer HD e fazem tratamento de DPI.

Para a realização da diálise peritoneal intermitente (DPI), o indivíduo deve ficar na Clínica de Diálise durante o tempo de cada sessão de diálise, embora haja variação na literatura relativa ao número de horas e número de sessões recomendadas, estas se dão em geral de duas a três vezes por semana num período de 24h para cada sessão, o qual é feita pela equipe de enfermagem.

O procedimento é feito geralmente no próprio leito, através da introdução de um cateter no peritônio do paciente, onde é conectado ao equipo com a solução dialisadora (concentração de eletrólitos semelhantes as do plasma).

O volume da solução utilizada em cada banho varia de acordo as condições físicas e capacidade abdominal do doente, em geral no adulto este volume é de 2.000ml. Cada banho dura em torno de uma hora, compreendendo os tempos de infusão, difusão e drenagem. A drenagem se processa pela ação da gravidade, sendo recolhida em um recipiente colocado abaixo do nível do abdome e seu volume é registrado para que se verifique o balanço hídrico após cada banho (balanço entre o líquido infundido e o drenado). Após a drenagem, coloca-se nova bolsa com solução dialisadora reiniciando o procedimento e assim sucessivamente até completarem as 24h.

No final da sessão, o abdome é deixado seco e o catéter é retirado e no local coloca-se a prótese de Deane, com um curativo para que o pertuito não se feche para a colocação do catéter na próxima sessão, e o indivíduo é liberado para casa, permanecendo assim até o seu retorno a clínica de diálise para uma nova sessão.

O maior risco deste tipo de diálise é a contaminação do peritônio por bactérias, isto é chamado de peritonite e pode ser muito grave.

A DPI também pode ser feita por um sistema fechado manual ou pela utilização de uma máquina cicladora automática que controla as trocas do banho, que permite maior comodidade e segurança, reduzindo muitíssimo as complicações. No sistema de DPI fechado manual são utilizados 40 litros de solução,

porém, faz-se somente a manipulação do sistema duas vezes, o que diminui enormemente os riscos de contaminação por manipulação.

#### - **A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)**

O método de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) é uma diálise peritoneal realizado pelo doente ou família em sua própria casa. Foi iniciada em 1975, com Popovich e Moncrief que propuseram aos pacientes uma diálise mais simples, sem equipamentos sofisticados, a ser realizada no próprio domicílio. Os autores ainda enfatizaram a necessidade de um treinamento específico dos pacientes ou familiares para evitar complicações como a peritonite (MASSOLA 1995).

Porém, este método só passou a ser utilizado amplamente a partir de 1980, depois da descoberta do cateter de Tenckhoff (1966-67) que possibilita um longo tempo de permanência no peritônio e o sistema de bolsa plástica para as soluções de diálise (1978).

A técnica de CAPD é um método que consiste em fazer as trocas das bolsas no domicílio do doente renal, por ele próprio ou alguém da família após ter recebido treinamento específico na clínica de diálise por um período no mínimo de 8 dias. As trocas se fazem geralmente quatro vezes ao dia (podem ser feitos de 3 a 6 vezes/dia). O paciente realiza os banhos a intervalos distribuídos durante todo dia de acordo sua disponibilidade (Ex: 7h, 12h, 17h e 22h) e dorme durante a noite após ter infundido 2000ml. de líquido dialisante na cavidade pois usa-se a presença contínua de uma solução dialisante na cavidade peritoneal (durante 24h, 7dias/semana). A diálise se faz continuamente, com a infusão de dois litros da solução dialisadora (à depender das condições físicas e capacidade abdominal do doente), que deve permanecer de quatro a oito horas na cavidade. Cada banho dura, em média, 30 a 40 min. compreendendo os tempos de drenagem e infusão (BRUNNER e SUDDART 1992; DAUGIRDAS e ING 1996).

Após cada troca, o catéter peritoneal (Tenckhoff) que permite as trocas, é fechado e colocado numa polchete de pano que o doente deve levar consigo na altura da cintura e o indivíduo está livre para participar de suas atividades diárias.

A CAPD é indicada para todos os pacientes com insuficiência renal crônica que tenha disponibilidade e residência com condições para realizá-la. Uma vez que se faz necessário que a casa disponha de um local adequado para a realização das trocas e também para o estoque do material, os “kits” com as bolsas dialisadoras, que os indivíduos em CAPD receberão periodicamente em suas casas (PEREIRA 1993; MASSOLA 1995).

Além disso, a escolha da técnica de CAPD ainda é determinada pela capacidade de compreensão do paciente e de alguém da sua família para serem treinados na realização da técnica (no caso do paciente ficar impossibilitado esta pessoa assumirá a diálise temporariamente).

Diante de tudo isso, é fundamental importância para o sucesso da CAPD o sentimento de solidariedade, a atmosfera emocional da família, o espírito de consciência e compreensão por parte de todos os envolvidos no processo.

Convém ressaltar que essa modalidade apresenta algumas vantagens sobre as demais na qualidade de vida dos doentes, pois além de causar uma maior autonomia do doente por se sentir responsável pelo seu próprio tratamento, este ainda é feito em seu próprio domicílio o que proporciona maior conforto e a possibilidade de estar sempre cercado por pessoas queridas. Também possibilita uma maior liberação da dieta e da ingestão hídrica do paciente por ser uma diálise que age de forma contínua (BRUNNER e SUDDART 1992; ABENSUR 1994).

Quando comparada à hemodiálise, esse procedimento apresenta as seguintes vantagens: os doentes em CAPD apresentam níveis mais elevados de hemoglobina, melhor controle do equilíbrio ácido-básico, ficam livres de uma máquina, tratamento feito em casa, possibilidade de volta ao trabalho, normalização da vida social, liberação dietética, estabilização dos fatores bioquímicos do sangue, melhoria no controle de outras patologias (diabetes mellitus, hipertensão, cardiopatias) e alto suficiência por sentir-se responsável pelo seu próprio cuidado (BRUNNER e SUDDART 1992; ABENSUR 1994).

### - **A Diálise Peritoneal Automatizada (DPA)**

É uma variante da CAPD, porém é uma versão bastante melhorada, pois dispensa a participação ativa do paciente ou seu acompanhante. Sendo que o horário escolhido para as sessões é geralmente a noite, durante o sono. É utilizado um aparelho de ciclagem (DPA) um pouco maior que um videocassete, sendo, porém, de custo muito elevado (R\$8000,00), mas podendo ser levado de um lugar para outro desde que possa ser ligado a uma rede elétrica (GALVÃO 1997).

Através de um cateter inserido no abdome por meio de cirurgia prévia (cateter de Tenckhoff), o próprio paciente conecta-se ao aparelho, que libera gradualmente uma solução de diálise que fará a filtragem utilizando o peritônio, membrana de revestimento abdominal. Os micropolos dessa membrana permitem a troca de líquidos durante três horas, transferindo para o segmento externo as impurezas do sangue. O equipamento transforma automaticamente a infusão anterior em drenagem, retirando em 40 minutos a solução utilizada (GALVÃO 1997).

A maioria dos doentes renais em DPA pode ser tratada com a utilização de cerca de 12 a 14 litros de solução de diálise por dia, recebendo de 3 a 4 trocas noturnas (7 a 10 litros) e uma a duas trocas diurnas, dependendo das condições de transporte da membrana peritoneal (a máquina computadorizada é programada para fazer as trocas). Pela manhã, ele tampa seu cateter de Tenckhoff na cavidade abdominal após ter infundido dois litros de dialisado fresco que ficará na cavidade abdominal até a noite quando reiniciará outra sessão. Nessa modalidade de tratamento, o doente renal deve procurar mensalmente o seu médico (ABENSUR 1998; GALVÃO 1997).

A DPA é utilizada em dois tipos de prescrição: diálise peritoneal cíclica contínua (CCPD) e diálise peritoneal noturna (DPN). A CCPD é um método contínuo ambulatorial, com trocas automáticas noturnas e manuais diurnas se mais de uma troca for feita durante o dia, nesta técnica a cavidade peritoneal está sempre repleta com solução de diálise. A DPN é uma técnica exclusivamente noturna que pode ser feita de duas maneiras diferentes: com fluxo intermitente, diálise peritoneal intermitente noturna (DPIN), ou com fluxo em maré “tidal”, é a diálise peritoneal “tidal” noturna (DPTN) (ABENSUR 1998).

Na DPIN, a cavidade peritoneal é drenada o mais completamente possível a cada ciclo e está indicada apenas para pacientes em início de programa com boa função renal residual e, na DPTN, após o enchimento inicial da cavidade peritoneal com solução de diálise, apenas uma porção da solução de diálise é drenada e substituída por nova solução a cada ciclo. A causa mais comum de mudar um paciente de programa de CAPD (diálises peritoneal ambulatorial contínua) para CCPD (diálise peritoneal cíclica contínua) é a necessidade de aumentar a eficiência de remoção de solutos, já que esta permite maior flexibilidade de prescrição do esquema de diálise (ABENSUR 1998).

Já a causa mais comum para transferir um paciente de programa de CAPD para DPN (diálise peritoneal noturna) está relacionada com pacientes que apresentam ultrafiltração inadequada, necessitando de ciclos curtos para otimizar a ultrafiltração e não podem ter o ciclo longo diurno (ABENSUR 1998).

Outras indicações médicas de DPA são: presença de hérnias e vazamento de solução de diálise, pois na posição supina a pressão hidrostática na cavidade peritoneal é menor. Além dessas indicações, essa é a técnica de diálise que proporciona melhor qualidade de vida ao doente renal crônico, por liberá-lo ou ao seu acompanhante da necessidade de realizar diversas trocas diurnas de solução de diálise (ABENSUR 1998).

Segundo ABENSUR (1998), a DPA é a modalidade de tratamento de pacientes portadores de insuficiência renal crônica que mais tem crescido nos últimos cinco anos. Nos Estados Unidos, 40% dos pacientes em diálise peritoneal utilizam esta modalidade e, no Japão, 20%. Em nosso meio sua utilização ainda é bastante incipiente, devido, principalmente, ao alto custo do tratamento.

#### **1.1.4. O Transplante Renal (TR)**

As primeiras tentativas de TR em humanos com sucesso e uma evolução de longo prazo, tiveram início nos anos 60, por Murray e Merrill, que transplantaram um rim de uma vítima fatal de acidente em seu irmão gêmeo univitelino, a partir daí, surgiu a oportunidade para que fossem feitos vários experimentos (RIBEIRO 2000).

No Brasil, o primeiro TR foi realizado em 1965 na Universidade de São Paulo, sendo também o primeiro da América Latina. Atualmente não é considerado como experiência clínica, passou a constituir uma terapêutica definitiva que é realizada em vários centros do país e do mundo (RIBEIRO 2000).

A realização do TR no Brasil foi regulamentada pela Lei 8.489 de 19 de novembro de 1992 e do decreto 879 de 22 de julho de 1993. A legislação vigente, Lei nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997 e a Lei 10.211 de 23 março de 2001, que altera alguns dispositivos da anterior, estabelece que a realização de transplante de órgão do corpo humano só poderá ser autorizada após realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos em normas regulamentares pelo Ministério da Saúde. Estabelece ainda a fila única para o transplante a partir de órgão de doador cadáver. A Lei vigente também reconhece a morte encefálica como morte do paciente, e estabelece que esse diagnóstico será feito por um médico que não pertença a equipe de transplante, admitindo a presença de um médico de confiança da família (BRASIL, LEIS, DECRETOS, etc. LEI 8.489 de 18/11/1992; DECRETO n.879 de 22de julho de 1993; LEI n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997; LEI 10.211 de 23 março de 2001).

Entretanto, a retirada de órgão de pessoas falecidas, dependerá da autorização do cônjuge ou parente, maior de idade, obedecida a linha sucessória até o 2º grau inclusive, firmada em documento subscrito por duas testemunhas presentes à verificação da morte. As manifestações de vontade relativas à retirada “post mortem” de órgãos, constantes em carteiras de Identidade e de Habilitação, perdem sua validade a partir de 22/12/2000 (LEI 10.211 de 23 março de 2001).

E, entre doadores vivos, é permitido à pessoa juridicamente capaz, dispor gratuitamente de seus órgãos para transplante em cônjuge ou parentes consanguíneos até o 4º grau e para outra pessoa qualquer, somente mediante autorização judicial (LEI 10.211 de 23 março de 2001).

O transplante só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após cientes sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento

será dado por um de seus pais ou responsáveis legais (LEI 10.211 de 23 março de 2001).

O melhor tratamento de insuficiência renal crônica é sem dúvida nenhuma o transplante renal, por ser o mais adequado para proporcionar melhor qualidade de vida ao doente e o procedimento de menor custo operacional. Este deve ser realizado o mais rápido possível, mesmo antes da uremia terminal e da instituição da terapêutica dialítica. Embora seja considerado como uma opção terapêutica em nosso país, as dificuldades para obtenção de rins para sua viabilização, associado a complexidade da legislação vigente e o número reduzido de centros transplantadores ativos e capacitados para realizá-los, faz com que esta concretização se torne pouco viável como alternativa terapêutica, e os pacientes submetam-se ao tratamento dialítico durante toda a vida (LIMA 2000; MACHADO 2001).

É também a opção de tratamento mais desejada pelo doente renal crônico. Porém, é ainda muito complexo, tendo em vista todo o processo que permeia para sua realização: requer muitos exames do receptor e do doador, documentação, órgão compatível, doador vivo ou cadáver, e todos os entraves da legislação vigente.

Além desses problemas MACHADO (2001) ainda se refere aos problemas de ordem psicológica advindos de doação entre familiares, pois estes nem sempre estão preparados psicologicamente para a doação ou então, o doente não se sente a vontade com a doação dos familiares, em virtude do sentimento de culpa que emerge com a necessidade de utilizar o órgão sadio de um ente querido e a possibilidade de um dia, este vir a precisar do órgão doado.

A indicação do TR, a princípio, é para todos os portadores de insuficiência renal crônica, entre 1 a 65 anos, desde que não tenham doença neoplásica ou processos cardiovasculares sintomáticos, infecções sistêmicas em atividade, incompatibilidade sanguínea ABO e presença de anticorpos citotóxicos pré-formados contra o doador (ROMÃO JUNIOR 1995; GONÇALVES et al. 1999).

Mas segundo GONÇALVES (1999), no contexto clínico ainda existem algumas situações de risco que contraindicam a realização do transplante renal: a



idade menor de 5 anos ou maior que 60 anos, obesidade e desnutrição grave, doença gastrointestinal prévia como úlceras e diverticulites, entre outras.

No Brasil, o número de TR com doadores vivos parentes é maior do que com doador cadáver, o que diferencia dos países desenvolvidos onde o maior contingente é de doador cadáver. Esta situação vem melhorando com o programa de captação de órgãos da Associação Brasileira de Transplante de Orgão (ABTO) que conta com a participação dos governos estaduais. Isto vem aumentando o número de transplantes cadavéricos. Existem cento e onze centros de TR cadastrados no país, sendo que a região sudeste e sul são as que realizam maior número de transplantes renais (RIBEIRO 2000; PESSINI 2000; COSTA et al. 1998).

### **1.1.5. Centros de Tratamento e Custos Dialíticos no Brasil.**

No ano de 2001 existiam no Brasil 518 centros de tratamento de renais crônicos e 48.806 doentes renais crônicos em tratamento dialítico, sendo assim distribuídos: 43.700 (89.54%) de pacientes em hemodiálise (HD); 3.667 (7.51%) em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD); 1.030 (2.11%) em Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e 409 (0.84%) pacientes em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) (SIA/SUS 2002).

Na Bahia, são oito os municípios que tem centros de tratamento dialíticos, sendo esses de caráter privados, estaduais, filantrópicos e universitários públicos. Todos eles subsidiados pelo SUS. Segundo os dados do SUS a maioria dos procedimentos dialíticos na Bahia são realizados em clínicas privadas. De janeiro a dezembro de 2001 foram realizados na Bahia 200.950 hemodiálises (HD) sendo que dessas 162.977 (81.10%) em Clínicas de Diálise privadas, apenas 8.334 (4.15%) em Centros Dialíticos Estaduais, e 29.639 (14.75%) em Instituições Filantrópicas (SIA/SUS 2002).

Em Feira de Santana- Ba, só temos duas Clínicas de Diálise, sendo ambas privadas e subsidiadas pelo SUS, de janeiro a dezembro de 2001 foram realizadas nesse município 42.307 HD, ou seja 21.05% do total de hemodiálise realizadas em toda a Bahia (SIA/SUS 2002).

Os dados demonstram que uma sessão de HD custa ao SUS a importância de R\$93,58 por sessão, portanto no ano de 2001 o SUS gastou só em HD na Bahia o equivalente a R\$18.804.901,00 só com esse procedimento. E em Feira de Santana-Ba o SUS gastou R\$3.959.089,00, ou seja 21.05% do montante da Bahia (SIA/SUS 2002).

Em relação a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) também deve-se ressaltar que dos oito municípios bahianos que tem centros de diálise apenas quatro destes realizam CAPD, são eles: Feira de Santana, Salvador, Itabuna e Barreira. Em relação aos custos, o SUS gastou de janeiro a dezembro de 2001 com esse procedimento R\$1.881.426,58, sendo que desse montante R\$779.374,81 (41.42%) em Clínicas de Diálises privadas; R\$754.387,04 (40.09%) em Centros de Diálises Universitários Públicos e R\$103.244,43 (5.49%) em Instituições Filantrópicas.

Portanto, o gasto mensal do SUS com o CAPD em toda a Bahia é de apenas R\$156.785,55 e com a hemodiálise é de R\$1.567.075,08. Se compararmos os gastos mensais do SUS com esses dois procedimentos na Bahia, perceberemos que o gasto com CAPD é 10.00% do que se gasta com HD.

Em Feira de Santana, em 2001 o gasto anual do SUS com o CAPD foi de R\$494.817,49 que corresponde a 26,30% de todo o gasto anual da Bahia com esse procedimento e 63,49% do total gasto pelo SUS com CAPD em clínicas privadas durante o ano nesse Estado (SIA/SUS 2002).

Dados semelhantes foram encontrados por MACHADO (2001), segundo essa autora, uma sessão de HD custava para o SUS o equivalente a R\$93,58, assim o gasto mensal do SUS para que um doente renal receba esse tratamento é de R\$1.122,96. Se, no Brasil, só no mês de maio de 2001, foram realizados no período 546.540 sessões de HD, tivemos um gasto de R\$51.145.213,20 para o SUS só com este tratamento.

## **2. A Qualidade de Vida**

### **2.1. Diferentes abordagens sobre conceitos e medidas globais de Qualidade de Vida.**

É muito difícil conceituar qualidade de vida. Na maioria dos estudos em que esse tema é debatido o termo de referência empregado pode significar: condições de vida, estilo de vida e situação de vida.

O conceito de qualidade de vida como “boa vida” surgiu desde a Segunda Guerra Mundial, para se referir à conquista de bens materiais. E a partir daí, este conceito foi ampliado, sendo utilizado para medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, não importando se essa riqueza estava bem distribuída (FARQUHAR 1995; PASCHOAL 2000).

Para medir e comparar qualidade de vida entre regiões, cidades, países e culturas, surgiram os indicadores econômicos, como o Produto Interno Bruto (PIB), renda per capita, taxa de desemprego. Acreditava-se que os países, cujos indicadores fossem os melhores, teriam suas populações gozando de melhor qualidade de vida. Este conceito entretanto, se ampliou e além do crescimento econômico, também passou a significar desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual) . Paralelo a isto surgiram uma infinidade de indicadores: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, taxa de violência, saneamento básico, nível de poluição, condição de moradia e trabalho, qualidade de transporte, lazer entre outros (FARQUHAR 1995; PASCHOAL 2000).

Tentando sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida e de sua relatividade, nas diferentes culturas e realidades sociais, diversos instrumentos têm sido construídos. Entre os primeiros, e talvez sendo o mais conhecido e difundido, esteja o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Embutida nesse indicador, encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são fundamentais na qualidade de vida de uma população. O conceito se baseia na noção de capacidades, isto é, tudo aquilo que uma pessoa está apta a realizar ou fazer. Sendo a saúde e a

educação, estados ou habilidades que permitem uma melhora dessas capacidades. Inversamente, limitações na saúde e na educação seriam obstáculos à plena realização das potencialidades humanas (PNUD 1998).

O IDH poderia ser criticado do ponto de vista ético- filosófico, pois toma os padrões ocidentais modernos como modelo de referência a ser atingido por todas as nações do planeta. Apesar dessas justas críticas, o IDH tem sido bastante utilizado, inclusive no Brasil e inspirado outros instrumentos como o Índice de Condições de Vida (ICV), criado inicialmente para estudar a situação de municípios mineiros, que foi, logo depois, adequado para análise de todos os municípios brasileiros (IPEA/ IBGE/ FJP/ PNUD, 1998). O ICV trabalha apenas com os aspectos objetivos, possíveis de medição, ele avalia cinco dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade. Tem a vantagem de poder ser aplicado para micro-realidades (MINAYO et al 2000).

Embora todos esses indicadores fossem importantes para comparar qualidade de vida entre países, regiões e cidades, eles só medem a “qualidade de vida objetiva”, portanto são instrumentos considerados objetivos, referem-se a aspectos globais e gerais da vida, não sendo suficiente para medir o grau de satisfação dos indivíduos em relação às suas vidas.

Assim, apartir da década de 60, começou-se a valorizar a opinião dos indivíduos sobre sua qualidade de vida. Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas e para isto era preciso ouvir os indivíduos. A esse novo conceito, denominou-se “qualidade de vida subjetiva” (PASCHOAL 2000; FARQUHAR 1995; THE WHOQOL GROUP 1995).

A qualidade de vida subjetiva depende da percepção do próprio indivíduo sobre os efeitos que as condições objetivas causam no seu bem estar. Assim é que, pessoas segundo os parâmetros sociais com ótimas condições objetivas de vida, podem perceberem como ruim sua qualidade de vida, enquanto outros, em condições precárias, tanto físicas quanto econômicas e sociais, se dizem satisfeitas com suas vidas.

Os indicadores de qualidade de vida de natureza subjetiva respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas. Assim, temos o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de S. Paulo, que inclui um conjunto de nove fatores (trabalho, segurança, moradia, serviço de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviço de transporte). Estes elementos são analisados a partir do ponto de vista da população quanto ao seu grau de satisfação (MINAYO et al 2000).

**A origem do conceito de qualidade de vida encontra argumento, no pensamento Aristotélico** (o destaque é nosso). Pois este filósofo já argumentava que toda ação tem por objetivo o alcance da boa vida ou felicidade. e que há algum bem para o qual todas as ações convergem, a este bem, este fim último, o bem máximo, supremo, o que é importante para conduzirmos nossas vidas é o que ele denominou “boa vida” ou “vida eudaimoniana”. É a vida com a mais alta das virtudes e a mais desejável (PASCOAL 2000).

“Eudaimonia” para ele é o alcance do bem maior, o bem máximo o que é importante para planejarmos nossas vidas, é a consequência do sentir-se realizado, pleno e que seria alcançado somente através das atividades virtuosas (inteligência, prazer, honra entre outras).

Para Aristóteles, felicidade é um bem mental, uma satisfação subjetiva com a vida, que implica viver bem e inclui os prazeres, as virtudes e os bens externos.

Já que o debate sobre o conceito qualidade de vida traz no seu bojo a discussão entre objetividade e subjetividade, a visão Aristotélica proporciona enormes contribuições a esse debate, pois o que o filósofo ensina é que satisfação e bem estar devem estar em harmonia com o ser biológico e o social, o mesmo devendo ser aplicado ao conceito de qualidade de vida.

Embora não haja uma definição consensual sobre qualidade de vida entre os pesquisadores, para o Grupo de especialistas sobre qualidade de vida da OMS (THE WHOQOL GROUP 1995), três características são comuns à todos eles, são: **subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade** (o destaque é nosso) (THE WHOQOL GROUP 1995; PASCHOAL 2000; MINAYO et al 2000).

A subjetividade do termo qualidade de vida é cada vez mais reconhecido, não sendo uma subjetividade pura e simples, mas sim, condições externas às pessoas, (condições objetivas) que influenciam na qualidade de vida das mesmas (condições subjetivas). O WHOQOL GROUP ao propor questões para os instrumentos de medida de qualidade de vida sugerem que os pesquisadores se preocupem em elaborar instrumentos que avaliem as percepções das pessoas, em níveis diferentes de questionamento.

A multidimensionalidade do termo é consenso entre os estudiosos, pois inclui pelo menos três dimensões básicas: a física, a psicológica e a social, sempre na dimensão da subjetividade. Outras dimensões podem ser acrescentadas dependendo dos objetivos. O próprio WHOQOL inclui a dimensão espiritual, ou seja a percepção da pessoa do significado de sua vida ou crenças pessoais que estruturam e qualificam sua experiência.

A qualidade de vida é ainda considerada bipolar, pois as avaliações enfatizam as percepções positivas e negativas dos indivíduos.

Para PASCHOAL (2000), uma quarta característica deve ser acrescentada, que seria a da mutabilidade, pois que a avaliação da qualidade de vida muda com o tempo, pessoa, lugar e contexto cultural.

Sendo assim, entendo que a definição de Qualidade de Vida apresentada pelo grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde (THE WHOQOL GROUP 1995) como a que mais abrange esses aspectos e também a que mais se aproxima dos nossos propósitos, para esses especialistas: “Qualidade de Vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, padrões e preocupações”.

Outra abordagem sobre o conceito de Qualidade de Vida é o de se englobar **aspectos sócio-econômicos com os subjetivos** (o destaque é nosso). Essa discussão iniciou-se desde a década de 80 até hoje. CROCKER (1993) faz uma revisão desse assunto no pensamento dos autores “Nussbaum e Amartya Sen,” que o enfatizam e o chamam de “Desenvolvimento Humano.”

Para esses autores, o conceito de desenvolvimento tem valor, pois incorpora critérios de avaliação das mudanças sociais, permitindo distinguir se a mudança foi benéfica para o alcance de uma vida melhor (mais desenvolvida) para os seres humanos. Eles acreditam que o crescimento econômico (aumento do PIB ou renda per capita) é somente um meio de se atingir o bem estar ou a qualidade de vida dos seres humanos (CROCKER 1993).

Para Nussbaum e Amartya Sen a focalização em bens e mercadorias pelos economistas como ocorreu no pós-guerra tem seus pontos positivos e negativos.

Esses autores concordam que o desenvolvimento não ocorre sem prosperidade material e afirmam: “as pessoas não podem ter “bem estar” ou ter uma “boa vida” se não disporem de certos bens. Mas, as mercadorias não são boas em si mesmas, o são devido a relação que mantêm ou o que fazem para os seres humanos. “O bem estar de uma pessoa não é uma questão de quão rica ela é. O importante é o que as pessoas conseguem fazer com os bens que estão ao seu alcance. A posse de mercadorias é um meio para o fim que é o bem estar, o objetivo final deve recair na vida que queremos levar e no que podemos ou não fazer ou ser” (CROCKER 1993 p.107 e 108).

Amartya Sen reconhece que ser feliz pode ser uma evidência de bem-estar e que a felicidade é uma parte do bem-estar e “sendo todas as condições iguais, é melhor ser feliz que sentir-se miserável.” Mas a felicidade ou a satisfação de desejos não é suficiente e é imprecisa como medida de bem-estar. A preocupação desse autor é com o que ele chama de “argumento das pequenas mercês” As pessoas podem sofrer grandes privações e mesmo assim serem cheias de alegrias. Se não esperam muito da vida, quaisquer pequenas mercês podem enchê-las de contentamento, por isso, é que elas podem estar sujeitas ao condicionamento mental, verdadeira lavagem cerebral através das políticas, religiões ou idéias filosóficas que podem legitimar as privações oferecendo compensações, até mesmo de vida eterna (CROCKER 1993 p.120 e 121).

E conclui, “aquele que só deseja pouco, não tem necessidade de muito, isto pode ser um conselho para se contentar e resignar com a dura realidade, mas não é uma fórmula de justiça social. Muitas vezes, desigualdades sociais agudas

sobrevivem, justamente porque encontram aliados entre os que sofrem privações. Ainda que o descontentamento não revele bem-estar, há casos em que é positivo; a indignação com uma ordem social injusta pode ser um ingrediente importante de auto afirmação individual e de progresso social” (CROCKER 1993 p.121 e 122).

Outro significado para qualidade de vida é o que LISS (1994) denomina de **satisfação de necessidades** (o destaque é nosso). Segundo este autor, o conceito de necessidade é focado na literatura de duas maneiras diferentes, a primeira como meio de atingir objetivos pré estabelecidos; assim o objeto a ser alcançado é determinado pelo objetivo. A segunda, como um desequilíbrio no organismo, como por exemplo, o desemprego ou um baixo salário ou a perda da liberdade determinaria o objetivo a ser atingido, ou seja, a conquista por um emprego, bom salário ou da liberdade. Assim, um objetivo bem definido é um pré-requisito para uma avaliação razoável das necessidades. A necessidade ganha mais ou menos valor a depender do objetivo a ser alcançado, por exemplo, a necessidade de alimento é mais importante que o de um bem supérfluo. Por isso é tão importante especificar o objetivo a ser alcançado quando se pensa em necessidade relacionada com Qualidade de Vida.

Ainda segundo este mesmo autor, não alcançar um objetivo coloca o indivíduo em risco de permanecer na deficiência ou com baixo grau de Qualidade de Vida. Ele seleciona três riscos importantes: o da pessoa não preencher seu plano de vida, pois o objetivo é um plano de vida preenchido e a necessidade aqui é constituída por propósitos e atividades que são fundamentais ao modo de viver da pessoa, o trabalho que faz, suas relações sociais e outros. De acordo com essa visão, uma pessoa necessita do que é necessário para preencher seu plano de vida. O segundo risco seria o de não se desenvolver, de acordo com a natureza humana, as necessidades para se alcançar esse objetivo : amor, honestidade, honra, relações sociais, atividades significativas entre outras. E por último, o risco de não satisfazer seus interesses, não apenas os desejos e as vontades, mas também devem ser consideradas as razões e motivações.

Ainda LISS (1994) relaciona Qualidade de Vida ao conceito de “boa vida” e considera duas dimensões principais: as condições de vida externas (materiais,



psicológicas e sociais) e os estados d'alma ou as condições internas (felicidade, bem-estar e outras). Mas, existe ainda uma terceira dimensão: o equilíbrio entre o estado cognitivo e o estado psicológico do indivíduo. Assim uma pessoa está feliz com a vida, quando suas condições de vida são aquelas que ela deseja que sejam. Portanto ela tem alto grau de qualidade de vida quando está feliz com sua própria vida.

Essa mesma autora, ainda argumenta que satisfação das necessidades não é um bom indicador de qualidade de vida, a menos que estejam em harmonia. Se qualidade de vida é definido como felicidade e necessidade como plano de vida preenchido, pode estar em desarmonia, pois, “um plano de vida preenchido, nem sempre leva à felicidade”.

Para MINAYO et al (2000) o patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades materiais mais elementares da vida humana relativas ao conforto, bem estar e realização individual e coletiva. Assim, sendo, o desemprego, exclusão social, e violência são reconhecidos como a negação da qualidade de vida.

A autora ainda chama a atenção de que em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como: amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade estão presentes na concepção de Qualidade de Vida. A autora então questiona, seria qualidade de vida uma mera representação social? Sim e não. Sim, pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém. E não, porque existem alguns parâmetros materiais na construção dessa noção que a tornam possível de apreciação universal.

Para a autora a qualidade de vida, tem pelo menos três fóruns de referência: o primeiro é histórico, pois em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural, valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro se refere às estratificações ou classes sociais. Os estudiosos mostram que nas sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes, os padrões e as concepções de bem estar são

também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro (MINAYO et al 2000 p.09).

Diante do exposto podemos concluir, que o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes ângulos, ou seja: da ciência, do senso comum, do ponto de vista objetivo ou subjetivo, e em abordagens individuais ou coletivas. De um lado, está relacionado a modo, condições e estilo de vida, de outro, relaciona-se ao campo da democracia, direitos humanos e sociais e do desenvolvimento. No que concerne à saúde, se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais. Quando vista de forma mais focalizada na saúde, como veremos a seguir, coloca sua centralidade na capacidade de viver bem apesar da doença ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

## **2.2. Qualidade de Vida relacionada à Saúde**

Segundo MINAYO et al (2000) o debate da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante inespecífico e generalizante, existe desde o surgimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX.

Entretanto, o termo Qualidade de Vida só foi utilizado pela primeira vez num periódico médico em 1966 por Elkington, que escreveu um editorial intitulado: “Medicina e Qualidade de Vida”, acerca das responsabilidades da medicina a respeito desse tema, utilizando como exemplo, pacientes renais crônicos em hemodiálise. E nos anos 70, surgiram estudos clínicos em Oncologia, Reumatologia e Psiquiatria que discutiam o tema e colocavam a questão de que “uma vida longa nem sempre significa uma boa vida” (FARQUHAR 1995; PASCHOAL 2000).

Desde então, a utilização do termo na literatura médica e das ciências da saúde vem aumentando de forma expressiva, parecendo ter havido uma explosão de interesse sobre o assunto.

PASCHOAL (2000) demonstra que nos últimos vinte anos foram encontrados na literatura onze mil referências bibliográficas com abstract sobre o tema; 803 instrumentos genéricos e específicos para medir qualidade de vida, sendo alguns recentes e outros antigos, porém que os recentes são aperfeiçoamento dos antigos;

1500 e-mails e endereços postais de pesquisadores no campo e 5300 páginas na Internet.

Em pesquisa no banco de dados MEDLINE (Medical Subject Headings of US National Library of Medicine-Computer Search System), PASCHOAL (2000) encontrou que o termo Qualidade de Vida só aparece apartir de 1977 com 77 referências e de 1986 a 1994 foram encontradas mais de 10 mil referências.

Este autor também realizou um levantamento bibliográfico sobre Qualidade de Vida de 1982 a 2000, no LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) uma base de dados do Sistema BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países dessa região. Tendo começado em 1982 porque foi a data de início da coleta de dados do sistema. O levantamento feito com o descritor Qualidade de Vida teve como resultado 727 referências, sendo que dessas, 289 eram brasileiras ou seja 39,8% (PASCHOAL 2000).

Esse mesmo autor, verificando as referências brasileiras por ano de publicação, constatou que o termo qualidade de vida passou a ter uma importância maior somente na última década. Assim é que de 1982 a 1991 foram encontradas 24 referências, uma média de 2,4 por ano e de 1992 à janeiro de 2000, foram 137 uma média de 17,1 por ano. Comparando aos dez primeiros anos, teve um aumento de sete vezes o número de publicações anuais.

Na prática médica profissional, a expressão usada é Qualidade de Vida em Saúde (QVS) pois quando utilizada é dentro de um referencial clínico, sendo que o termo saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário, ou seja, a doença em causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema.

O termo QVS já foi incorporado à prática médica, sendo definido por vários pesquisadores da área e empregado como títulos em muitas teses e trabalhos, e debatido em vários congressos, seminários e cursos.

Segundo RUFINO NETO (1992) “qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar,

trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou artes, vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins (apenas enfeitando). Todos são seres vivos que procuram se realizar”. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-lo imperativo.

Para dois outros pesquisadores da área, GIANCHELO (1996) e AUQUIER apud MINAYO (2000), a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a elas relacionados são fundamentais para a qualidade de vida ligada à saúde, esses autores a definem assim:

“Qualidade de vida é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções” (GIANCHELO 1996).

Já para AUQUIER apud MINAYO (2000) “Qualidade de vida, é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial.”

Segundo TESTA e SIMONSON (1996) a QVS mede alterações na saúde física, funcional, mental e social, sendo estas, influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções de um indivíduo. Assim, duas pessoas com o mesmo estado de saúde podem ter qualidades de vida muito diferentes. E que se avalia a QVS para se definir custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções.

MINAYO (1999) lembra, que o determinismo social nunca atua diretamente na ordem biológica, mas sim que é sempre mediado pelo aspecto cultural. Entratanto, se o social age no cultural e este no biológico, então é preciso estudar os aspectos culturais e sociais que se manifestam no campo biológico.

Nos últimos 60 anos, o desenvolvimento das ciências médicas e diversos fatores sociais tem levado ao aumento da longevidade dos indivíduos, com esperança de vida cada vez maior. Em contrapartida, com a mudança do perfil da

morbi-mortalidade das populações, a prevalência das doenças crônico- degenerativas vem aumentando progressivamente. Para estes doentes, o objetivo do tratamento não é à cura das doenças e sim o controle dos sintomas desagradáveis, das sequelas e das complicações, pois o importante no tratamento não deve ser apenas prolongar a vida dessas pessoas e sim melhorar o seu bem estar e sua qualidade de vida (PASCHOAL 2000).

Preocupado com o aumento da sobrevida com deterioração da sua qualidade TAMBURINI apud PASCHOAL 2000 é firme na colocação: “Se para a cura definitiva, o preço a se pagar seja os efeitos colaterais indesejáveis do tratamento, isto pode não se justificar, quando o período de sofrimento, induzido pela terapia, será prolongado pelo resto da vida do paciente.”

Se o efeito do tratamento traz como consequência apenas o prolongamento da vida com deterioração da sua qualidade, os custos muito altos que o ganho dessa sobrevida possa trazer pode ser muito preocupantes.

E ainda, como os recursos em saúde são limitados, não basta saber se uma ação contribui ou não para a saúde ou bem-estar do indivíduo e/ou população. É imprescindível neste momento, saber que ação(ões) traria(am) maior benefício a saúde do indivíduo e/ou população com o mesmo esforço empreendido pela sociedade. Por esta visão, é possível compreender a influência crescente dos fatores econômicos na tomada de decisão e na condução do setor saúde (TAMAKI 2000).

Concordante com essa mesma questão CASTIEL (1995) apud MINAYO (2000) comenta, que um julgamento apenas econômico como o que domina o debate de Qualidade de Vida e Saúde pode não ser ético. Tampouco seria ético desconsiderar o econômico no processo das escolhas, sobretudo em saúde onde a tendência dos custos é sempre crescente.

Diante dessas questões, surge a discussão sobre a relação da qualidade de vida e os valores individuais de autonomia, liberdade e individualidade confrontando com os coletivos de igualdade, equidade e justiça social tão questionados na prática de saúde. TAMAKI (2000) se coloca bem a este respeito quando questiona: “Com que direito se pode impor a um indivíduo situações, que ele não julga necessárias e que,

por essa razão não lhe trazem aumento no seu bem estar, ou muito pelo contrário, por se ver contrariado, poderia haver redução no seu bem estar, na sua qualidade de vida? “É justo que em nome do direito a saúde, se restrinja o direito a liberdade do indivíduo?”

A conquista pela autonomia é um fenômeno muito recente, iniciou-se nos anos 60 com os movimentos do direitos da cidadania e especificamente dos direitos à saúde e humanização dos serviços de saúde e, concomitante, veio a consciência dos indivíduos de sua condição de agentes autônomos (FORTES 1998; FORTES 2001).

Historicamente, o conceito de autonomia surgiu na filosofia política grega com o sentido de autarquia e nesse primeiro momento não se referia a indivíduos e sim às cidades em dar-se suas próprias leis sem precisarem ser submetidas às leis de outras cidades-estado. Somente depois das críticas de Kant, durante o iluminismo é que se torna possível seu uso relacionado ao indivíduo (SCHRAMM 2001).

Semânticamente, “autonomia” vem do grego, formado pelo adjetivo prenominal “autos” que significa: o mesmo, ele mesmo e por si mesmo e “nomos” que significa: compartilhamento, lei do compartilhar, uso, lei, convenção. Assim “autonomia” significa a competência humana em dar-se suas próprias leis (SCHRAMM 2001; SEGRE, SILVA, SCHRAMM 2001).

No seu sentido mais amplo autonomia significa maneiras, modos e regras de como conduzir-se no mundo frente as coisa e às outras pessoas. Indica a condição de uma pessoa ou coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei a qual se submeter. Seu antônimo é “heteronomia” (SEGRE, SILVA, SCHRAMM 2001).

Autonomia, no seu sentido ético, é sempre desenvolvida em torno do binômio liberdade/ normas. E é sempre exercido num espaço ameaçado pela heteronomia, portanto a autonomia é o exercício em que a liberdade se confronta com o seu contrário ou com as determinações.

Podendo contrapor à autonomia, estão os princípios éticos da beneficência e da não-maleficência, pelos quais muitas vezes os profissionais de saúde são guiados, quando a autonomia do indivíduo encontra-se reduzida por causas permanentes ou transitórias. Beneficência significa, agir em favor do bem estar, em benefício de

outra pessoa; e a não-maleficência significa não causar dano, prevenir o mal (FORTES 1998).

Respeitar a autonomia é aceitar que as pessoas não são iguais, que elas divergem nos seus pontos de vista de acordo com suas crenças, valores e aspirações e que cada pessoa tem o seu próprio plano de vida e que ela age e delibera suas ações segundo este plano de vida mesmo que diverjam daqueles dominantes na sociedade. Assim, os limites da autonomia devem ser dados respeitando à dignidade e a liberdade dos outros e os da coletividade. Portanto, uma pessoa mesmo que competente, se sua ação ou decisão causar dano a outra pessoa ou coletividade, sua decisão poderá não ser validada nem ética nem legalmente.

Observa-se hoje, métodos cientificamente documentado e validado de mensuração da qualidade de vida em saúde, instrumentos que permitem quantificar dados tidos como subjetivos para avaliar a qualidade de vida dos pacientes e é o que nos deteremos a seguir.

## **2.3. Medidas de avaliação da Qualidade de Vida.**

### **2.3.1- Medidas para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)**

Nos últimos 10 anos, estão sendo utilizados, indicadores gerais com o objetivo de avaliar custos-oportunidade na alocação de recursos para o setor saúde.

A importância fundamental de se medir a qualidade de vida do paciente durante e após tratamentos, e avaliar condutas, resultados, foi ficando cada vez mais evidente para os estudiosos, sendo necessário um consenso para que todos usem termos e conceitos iguais, possibilitando comparações. Atualmente é mais elegante se medir “Qualidade de Vida Relacionada a Saúde”(QVRS) do que simplesmente taxas de mortalidade, taxas de morbidade, entre outras. As avaliações da QVRS medem alterações na saúde física, funcional, mental e social do indivíduo ou coletividade, afim de avaliar os custos humanos e financeiros e os benefícios de novos programas e intervenções (PASCHOAL 2000; TESTA e SIMONSON 1996).

EBRAIM (1995) destaca alguns objetivos importantes em se avaliar a QVS: monitorizar a saúde de uma população; diagnosticar natureza, severidade e prognóstico das doenças; avaliar os efeitos dos tratamentos; determinar os fatores etiológicos para a QVS; avaliar os efeitos das políticas de saúde e alocar recursos de acordo com as necessidades.

Existem outras aplicações dessas medidas de QVRS, são elas: identificar pacientes que necessitam atenção particular e propor política de atenção adequada; acompanhar a evolução de pacientes principalmente os das doenças crônicas; determinar a escolha de tratamento; medir o resultado de uma conduta ou tratamento; levantamento de problemas de saúde percebidos pela população; realizar auditoria médica (qualidade do serviço prestado); prover medida padrão única para os resultados de intervenções em cuidados de saúde, como análises de custo-utilidade (EBRAIM 1995).

AUQUIER et al. apud MINAYO (2000) consideram que três correntes orientam a construção dos instrumentos para medida de QVS hoje disponíveis: o funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu



desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividade; teoria do bem estar, explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno; e por fim, a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro.

Assim sendo, foram desenvolvidos no âmbito médico, instrumentos de avaliação de qualidade de vida, focalizados em análises de sobrevida. Passou-se a considerar que estudos de custo-utilidade são apropriados quando se julga importante o resultado de qualidade de vida. Esses instrumentos são geralmente apresentados como custo por ano de vida ganho, ajustado pela qualidade de vida ou QALY (Quality-adjusted Life-years).

A utilização dos QALY vem sendo intensamente discutida, pois o problema dos custos tem que ser encarado, já que representam sacrifícios impostos a outros que não poderão ser tratados. O QALY é apropriado, por combinar abordagens de quantidade e qualidade de vida em uma estimativa de custo-oportunidade para orientar a decisão de alocação de recursos, envolvendo profissionais de saúde pública e economistas. O QALY é calculado como a soma do produto de anos de vida e a qualidade de vida em cada um desses anos. Uma das críticas a ele, é que embute preconceito contra o idoso, considerando-o sempre com menor expectativa e menor qualidade de sobrevida, no que se refere a procedimentos médicos (HYNMAM 1997; MINAYO 2000).

O QALY foi substituído pelo DALY (Disability-adjusted Life-years), se refere a Anos de Vida Corrigidos pela Incapacidade (AVCI). A diferença fundamental entre eles, é que o DALY, ao invés de buscar o valor subjetivo atribuído pelos indivíduos a cada um dos estados de saúde, é construído a partir da mortalidade estimada para cada doença e seu efeito incapacitante ajustado pela idade das vítimas; e uma taxa de atualização, para calcular o valor de uma perda futura. Ele foi utilizado no Relatório Anual do Banco Mundial de 1993, comparando a carga de doenças nas diversas regiões do mundo e o custo efetividade de uma variedade de intervenções que lidam com esses problemas (HYNMAM 1997; MINAYO 2000).

Ainda temos o indicador “Healthy Life-year (HeaLY), que combina anos de vida perdidos pela morbidade com os que são atribuídos a mortalidade prematura, é bem mais simples e flexível e pode ser aplicado a indivíduos e a população. Sendo recomendado como medida da carga de doença ou identificar grupos mais vulneráveis, ao se avaliarem os custos e os benefícios dos programas de intervenção (HYDER 1998; MINAYO 2000).

### **2.3.2. Instrumentos para avaliação de Qualidade de vida voltadas para a Prática Clínica.**

Mesmo sabendo que não utilizamos o instrumento padronizado para medir a qualidade de vida nesse estudo, faremos uma breve abordagem sobre os instrumentos existentes.

Nos anos 80 começaram a surgir instrumentos voltados para a prática clínica e a aplicação desses cada vez maior, foi gerando a partir de 1988, instrumentos mais curtos, funcionais, eficientes e confiáveis (PASCHOAL 2000).

Esses instrumentos que medem a qualidade de vida dos pacientes e ou coletividade, são questionário auto-aplicado ou aplicado por um entrevistador. Eles devem ser capazes de avaliar as reações do paciente perante uma enfermidade, a eficácia das intervenções terapêuticas e devem possuir itens para avaliar cada dimensão da qualidade de vida separadamente, através de perguntas específicas pertinentes a essa dimensão (biopsicossocial) (BARR 1995; KATZ et al 1992).

Quanto ao campo de aplicação, os instrumentos podem ser classificados em genéricos e específicos.

Os genéricos, usam questionários de base populacional sem especificar patologias, sendo mais apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde. Ele é aplicado tanto para a população geral como para grupos específicos de pacientes com diferentes doenças, tratamentos ou intervenções, já que incorpora um amplo espectro de dimensões da Qualidade de Vida. Sua maior vantagem é que permitem comparações entre pacientes portadores de uma determinada doença com indivíduos sadios, podendo-se avaliar o impacto

negativo dessas patologias na Qualidade de Vida desses doentes e possibilitam a utilização de escores universais. Sua desvantagem é que são menos sensíveis a aspectos particulares de uma determinada doença (ROMÃO 2001; PASCHOAL 2000).

E os específicos, que se destinam geralmente a situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos, subsequente à experiência de doenças, agravos ou intervenções médicas. Referem-se a doenças crônicas ou às consequências crônicas de doenças ou agravos agudos (sequelas ou medidas curativas e reabilitadoras). Têm a vantagem de apresentar uma alta sensibilidade às mudanças diante de uma determinada patologia e o impacto das intervenções (tratamento medicamentoso ou procedimentos) na Qualidade de Vida desses pacientes. A maior desvantagem é que não permitem comparações entre diferentes patologias, não sendo úteis para conhecer a eficiência de diferentes intervenções em saúde (ROMÃO 2001; PASCHOAL 2000).

Para se medir a Qualidade de Vida de um determinado grupo de pacientes, pode-se utilizar os dois tipos de instrumentos, pois os genéricos produzem informações gerais sobre esses pacientes e os específicos nos dão informações importantes quanto aos efeitos do tratamento ou procedimentos empregados e são mais sensíveis às mudanças.

A maioria desses instrumentos para medida de Qualidade de Vida foram desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa. Há vários desses instrumentos traduzidos e validados para a realidade brasileira, são eles:

O “The Medical Study 36-item Short-Form Health Survey”(SF-36), é um instrumento genérico, traduzido e validado no Brasil por CICONELLI et al. (1997) o “BRASIL SF-36” foi utilizado na avaliação da qualidade de vida de pacientes brasileiros portadores de artrite reumatóide (AR). É um instrumento composto de 36 itens e abrangem 8 conceitos de saúde: Aspectos físicos; Dor; Estado geral de Saúde; Vitalidade; Aspectos Sociais; Aspectos Emocionais; Saúde Mental.

O “Quality of Life Scale” de Flanagan, onde NASSAR e GONÇALVES (1999) calcularam o coeficiente de confiabilidade, versão em português, numa amostra heterogênea de adultos e idosos.

O “Wisconsin- Quality of Life Index” (W-QLI), de Baker e cols. (1993), que é um estudo binacional entre Canadá/ Brasil apresentado por PITTA (1999) e tem por objetivo verificar a qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental, sendo que os resultados da validação ainda estão sendo processados.

FLECK et al. (1999), apresentaram a versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, o “WHOQOL 100” e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios (físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade ou crenças pessoais) o segundo é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídos do anterior, cobrindo quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente).

KIMURA (1999), traduziu e validou o instrumento genérico, “Quality of Life Index de Ferrans e Powers” numa população de egressos de UTI.

FRAYMAN et al (1999) traduziram o instrumento “Quality of Life in Epilepsy-10 e o aplicaram em pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia, comparando o período pré e pós-operatório; porém não relatam se foi feita adaptação transcultural e aferição de acurácia.

E, ASSUMPÇÃO JUNIOR et al (2000) que apresentaram a validação do questionário “Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé – AUQEI”, desenvolvido por Manificat e Dazord na França em 1997. É uma escala de avaliação de qualidade de vida para crianças de 4 a 12 anos, sendo um instrumento auto aplicável que precisa de supervisão se aplicado à crianças menores.

Diante da complexidade do tema, da multiplicidade de instrumentos hoje disponíveis para medida da qualidade de vida e com a pluralidade de possibilidades de utilização. Observa-se que, a Qualidade de Vida ainda é um tema que não está totalmente determinado em virtude da subjetividade que lhe é inerente.

Apesar de haver todos esses instrumentos de medida de qualidade de vida em saúde, estou tentando através de uma metodologia que analisa o discurso do paciente, avaliar o impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na qualidade de vida de renais crônicos submetidos a esse tratamento. Considerando que, a qualidade de vida é um aspecto muito subjetivo na vida dos indivíduos, pois as pessoas tem a sua individualidade e que cada pessoa, pensa e age de acordo com suas crenças, valores, cultura entre outros. e é através dessa subjetividade que queremos verificar como o indivíduo renal crônico percebe sua qualidade de vida depois da CAPD.

#### **2.4. Aspectos que Influenciam na Qualidade de Vida dos Doentes Renais Crônicos**

A pessoa, portadora de Insuficiência Renal Crônica em tratamento dialítico, enfrenta muitas mudanças e perdas significativas no seu modo de viver, tanto no que diz respeito à doença e ao tratamento. À maneira com a qual enfrenta estas duas situações é diversificada. O modo de encará-las dependerá da percepção que o indivíduo tem da doença e do significado que a experiência do adoecer tem para ela.

Segundo BARBOSA (1993), para esses indivíduos ser doente renal crônico provoca mudanças bruscas no seu viver; significa um pensar na morte e conviver com limitações impostas pelo tratamento hemodialítico que é desgastante e doloroso, embora indispensável para a sua vida. Significa, ainda, conviver com a possibilidade de um transplante e a expectativa de melhorar a qualidade de vida.

Essa mesma autora também afirma que a revelação do diagnóstico constitui-se num marco na existência do doente renal, pois ele sofre uma ruptura no seu modo de viver de forma inesperada, em função das mudanças e transformações a que estará sujeito. O doente, então, passa a coexistir com a doença e ela passa a fazer parte do seu mundo. A doença, no entanto, pode ser percebida e compreendida de várias maneiras, gerando, portanto, inúmeras possibilidades de convivência e saudade de um tempo vivido, que evidenciam várias possibilidades do “ser no mundo com a doença.” O modo como o doente lida com a doença está relacionado com a sua

maneira de existir no mundo, com o seu relacionamento com as coisas, com as pessoas e consigo mesmo.

Nos estudos analisados verifica-se que a doença renal crônica afeta não somente o indivíduo acometido mas também toda a família e as pessoas amigas. E fica evidente também a importância para o doente renal em poder contar com o apoio da família e dos amigos, eles sentem mais seguros e confiantes, como se a presença e o apoio constante da família e dos amigos diluíssem a sua dor e abrandassem o sofrimento.

Segundo OLIVEIRA (1994) cada pessoa tem seu modo específico de lidar com a doença. O efeito da cronicidade não se resume no resultado de uma doença agindo isoladamente em um único indivíduo. Implica em inúmeras vidas vividas sob circunstâncias especiais e limitantes, não somente do doente mas também de outras pessoas que compõem sua rede social. Esta nova realidade envolve ritos de passagem de um mundo sem doença para um mundo com doença.

Concordando, com esse modo de pensar, LIMA (2000) coloca que os significados da doença, não são de propriedade exclusiva da pessoa acometida pela doença crônica. Estes significados compartilhados, direta ou indiretamente, acentuam ou reduzem os sintomas, as incapacidades e impedem ou facilitam o tratamento.

Ainda sobre esse mesmo assunto FLORES SILVA e FRANCO (1996), argumentam que um processo de doença pode afetar, não apenas ao doente, mas também a família, pois a situação provoca nos familiares sentimentos de ansiedade e insegurança. O doente é visto como ponto frágil da estrutura familiar e pode suscitar os mais variados sentimentos, desde a integração e aproximação, até ameaças individuais e coletivas. Mudanças na dinâmica social e da família, uma vez que, o doente passa a representar cuidados especiais e gastos adicionais, provocando um momento crítico e delicado.

PEREIRA (1993), no estudo que realizou com crianças renais crônicas em Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), verifica que após o diagnóstico e o início do tratamento dialítico, os pais percebem a desestruturação de todo o seu projeto de ser

anteriormente elaborado. E passam por sentimentos que vão desde o choque inicial, passando para a negação, tristeza e revolta, até conseguir atingir o equilíbrio e a reorganização do cotidiano.

Ainda, segundo a autora, a negação é um sentimento frequente nesta fase: funciona como um recurso para poder assimilar o choque inicial, como se fosse um “escudo no qual se esconde, tentando se reestruturar internamente a fim de enfrentar as novas exigências” (PEREIRA 1993) e dificuldades advindas da doença.

Muitos estudos sobre doentes renais crônicos, em tratamento hemodialítico apontam várias restrições advindas da doença renal crônica e desse tratamento dialítico. O doente deverá se submeter na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida. São mudanças que ocorrem nos seus hábitos e estilo de vida, de maneira radical. O doente renal crônico sofre alterações nos seus hábitos alimentares, sendo necessário a adoção de uma dieta com diminuição da ingestão de proteínas, sódio, potássio e ingestão hídrica. Some-se a estas restrições a perda da liberdade para viajar. Essas restrições são, geralmente, muito perigosas e o grau de assimilação e adesão do paciente é sempre diversificado. A sua auto-imagem também será alterada pela necessidade da construção da via de acesso à circulação sanguínea para a realização da diálise, a fístula artério-venosa (de preferência no braço) ou a inserção do catéter de duplo lúmen na subclávia ou jugular (MACHADO 2001; LIMA 2000; BARBOSA 1993).

Ainda como limitação dessa doença temos o medo do doente renal crônico em não conseguir trabalho. A ocupação para esses doentes é uma estratégia para esquecer a doença e não se entregar a ela, e se constitui em uma maneira do paciente conviver com a doença (BARBOSA 1993).

Para BONFIM (1996), são diversas as ocorrências negativas a que está exposto o portador de doença renal crônica. Dentre estas podemos citar: perda do trabalho, incapacidade física para realizar atividades de lazer e sexual, afastamento da família e dos amigos.

Segundo BRUNNER e SUDDART (1992), o impacto da doença renal crônica e da diálise pode ser destruidor para o ego da pessoa e pode colocar o paciente sob um intenso estresse mental e emocional.

O estresse favorece a ocorrência de vários problemas, principalmente os de ordem psicológica. Dentre os mais frequentes e importantes encontram-se a depressão, comportamento não cooperativo, a disfunção sexual e as dificuldades relacionados a ocupação e reabilitação (LIMA 2000).

Nos estudos de LOK (1996), foram caracterizados cinco estressores principais para os pacientes renais crônicos: limitação da vida social, incerteza sobre o futuro, fadiga e câibras musculares. Um conjunto de sintomas responsável pelo comprometimento da Qualidade de Vida desses pacientes.

O doente renal crônico passa por um processo de reaprender a viver com a doença e o tratamento dialítico, vez que passa a fazer parte do seu viver de forma inalienável. Nesse processo, vê-se obrigado a redimensionar seus projetos de vida e seus parâmetros de normalidade e luta para melhorar sua qualidade de vida dentro das suas limitações.

Mesmo percebendo-se como uma pessoa normal, o doente, portador de insuficiência renal crônica, reconhece que tanto a doença como o tratamento acarretam limitações. Mas ele não quer ser tratado diferente das outras pessoas, nem ser estigmatizado e rotulado segundo sua patologia.

GUALDA (1998), retrata bem esse assunto, quando afirma, que há uma tendência de se considerar as pessoas, não como portadoras de doença, mas como sendo as próprias doenças. Entendimento que leva a classificá-las segundo sua patologia, criando rótulos que estigmatizam e anulam sua individualidade.

Segundo BARBOSA (1993), esses doentes convivem, ainda, com a possibilidade de serem submetidos a transplante, cercado de dificuldades e sem a garantia de serem bem-sucedidos. É algo que faz parte do seu projeto, do vir a ser. E é a única esperança que o move em direção à possibilidade de cura, de um existir sem a doença.



Este é o quadro que delinea todas as questões que fazem parte do cotidiano dos doentes com insuficiência renal crônica. São limitações físicas, sociais e psicológicas que exigem readaptações constantes desses doentes na sua vida social, familiar, profissional e econômica, sendo difícil para eles a aceitação dessas limitações. Necessitam, portanto, do auxílio de todas as pessoas que os cercam, tanto do seu grupo social como de todos os profissionais de saúde que lidam com ele, para que seja capaz de superar esses obstáculos e lutar por uma melhor qualidade de vida.

### **3. A Justificativa**

Desde que iniciamos nossa carreira como docente no Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, em 1978, lecionamos as disciplinas teórico-práticas de Enfermagem Médica e Enfermagem do Adulto e Idoso I. Ambas constavam do acompanhamento dos alunos na área hospitalar e em clínicas de diálise. Fazíamos estágio no maior hospital geral da cidade, e, dentre os diversos doentes portadores de doenças crônicas que ali assistíamos, encontravam-se os doentes renais crônicos.

Nessa época, como não existia clínica de diálise na cidade, os clientes eram submetidos a diálise peritoneal intermitente (DPI) nos próprios leitos hospitalares, até serem encaminhados a um centro de diálise em Salvador .

Em 1981, foi inaugurada a primeira clínica de diálise na cidade, e para lá também nos deslocávamos com os alunos para aprenderem a lidar com pacientes submetidos à hemodiálise (HD). Como o número de doentes renais crônicos do município e regiões vizinhas era muito grande, para serem atendidos por essa única clínica, muitos pacientes continuavam em DPI no próprio hospital numa sala cedida a essa clínica para este procedimento.

Em 2001 havia duas clínicas de diálise na cidade, que continuam sendo utilizadas por nós como campo teórico-prático para os alunos de graduação do curso de enfermagem. Nestas clínicas se atendem a doentes renais crônicos, que são submetidos às diversas modalidades de diálise, perfazendo um total de 376 pacientes, sendo assim distribuídos: 348 doentes em hemodiálise, 04 doentes em

DPI, 23 doentes em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD); e 01 paciente em diálise peritoneal contínua cíclica (CCPD)<sup>1</sup>.

Nossa experiência, acumulada em todos esses anos no cuidado com doentes renais crônicos submetidos a diálise, levou-nos a problematizar a seguinte questão: “como a dependência desses indivíduos a um tratamento interfere no seu cotidiano e limita o seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social?”

Outra questão, que também nos preocupa bastante, é que, embora nossa experiência tivesse nos mostrado que a CAPD, parecia ser a modalidade de diálise que maiores vantagens oferecia ao doente renal crônico, em termos de qualidade de vida, em Feira de Santana, essa modalidade só veio ter início há pouco mais de um ano, e de forma muito incipiente.

Uma outra observação, que apoiou a escolha do tema da pesquisa, é que, apesar de todos os avanços relatados na revisão de literatura sobre o tratamento dialítico visando simplicidade, eficiência técnica, prevenção das complicações e o aumento da sobrevida dos doentes renais, notamos escassez do que tange aos aspectos da qualidade de vida desses doentes, quanto a este tipo de procedimento.

Como sabemos que estes doentes renais estarão interligados a esse tratamento ao longo de toda a sua vida, caso não consigam um transplante renal, é necessário o conhecimento da qualidade de vida dos renais crônicos submetidos a procedimentos por diálise. Esta certeza deve-se ao fato de, também, sabermos que muitos desses doentes não terão acesso, a curto prazo, a um transplante, pelas dificuldades inerentes à realização desse procedimento e, assim, talvez a maioria jamais chegue a realizá-lo, sejam por dificuldades tais ou pelas próprias condições clínicas.

A opção pelo método qualitativo, se deve ao fato desta metodologia ser mais adequada para a percepção subjetiva dos indivíduos sobre si mesmo, e as mudanças ocorridas em suas vidas, quando vivenciam esta modalidade de tratamento.

Diante do exposto, estamos nos propondo a estudar qual o impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na qualidade de vida dos doentes renais crônicos que estão sendo submetidos a esse tratamento na cidade de Feira de Santana.

---

<sup>1</sup> Informação coletada junto aos administradores das Clínicas de Diálise de Feira de Santana -Ba (junho de 2001)

## **II. O OBJETIVO**

Analisar o impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na qualidade de vida de doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento na cidade de Feira de Santana /BA.

### **III- O CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Fundamentação Teórico-conceitual**

##### **3.1.1 A Teoria das Representações Sociais**

Sendo a qualidade de vida um termo multidimensional que abarca várias dimensões da vida humana, para delimitar a abrangência desse estudo, utilizaremos a bordagem da qualidade de vida conforme preconizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, o WHOQOL, que segundo esses especialistas tem a finalidade de medir a percepção dos indivíduos a respeito do impacto que as doenças causam em suas vidas. Através dos domínios: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente do indivíduo e crenças pessoais (THE WHOQOL GROUP 1995; FLECK 1999, 2000).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois se pretende conhecer as opiniões e expectativas dos sujeitos sociais sobre o impacto da CAPD na sua qualidade de vida, enquanto doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento.

A escolha desta metodologia deve-se ao fato desta abordagem focar e incorporar, conforme assinala MINAYO (1994), a questão do significado e da intencionalidade como elementos inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo, tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. E é também o método que se trabalha com a percepção das pessoas frente as situações vividas, com seus significados, motivações, atitudes e valores. E desta forma, suas representações com as estratégias usadas (p.46).

Por se tratar de um assunto pouco explorado optou-se por um estudo exploratório de cunho analítico-descritivo com corte transversal. Segundo GIL (1994), a finalidade da pesquisa exploratória é proporcionar uma visão geral de um determinado fato, especialmente quando esse é pouco explorado, como é o caso do estudo sobre a qualidade de vida nos indivíduos submetidos ao CAPD, o que torna difícil formular hipóteses precisas e operacionais (p.44). O estudo exploratório

tem, por finalidade, não só conhecer um determinado campo, mas levantar questões que possibilitem futuras investigações. É de caráter descritivo, pois tem a pretensão de conhecer os valores, atitudes e opiniões dos pesquisados sobre o tema proposto.

Pretende-se, a partir da teoria das representações sociais de MOSCOVICI (1978) captar, nos discursos dos sujeitos renais crônicos submetidos a CAPD, o impacto desse tratamento em relação a sua qualidade de vida.

Segundo este autor, a representação social compreende o processo de assimilação da realidade pelo indivíduo, na qual estão suas experiências, seus valores, as informações que circulam em seu meio sobre um determinado objeto social e as relações que se estabelecem entre os homens nesse contexto. A representação social é expressa pela linguagem, sobre a significação que os indivíduos atribuem à sua realidade.

Com a teoria das representações sociais, apresentada por este autor, restitui-se a devida importância à produção do conhecimento das massas, veiculado pelo saber do senso comum. Detêm-se em definir parâmetros de uma análise científica daquilo que se considera senso comum, atribuindo uma lógica a esse conhecimento ao qual atribui uma “organização psicológica autônoma,” e para determinar a validade dessa teoria, em relação a científica, defende:

“Se nós queremos fazer a ciência dos fenômenos mentais nas sociedades, é necessário identificar o conhecimento produzido em comum e reconhecer a legitimidade de suas propriedades relativas à teoria. Não se deve denegrir-lo enquanto popular, pré-científico, pois, longe de ser uma pura e simples imagem desprovida de função, ele joga um papel essencial contribuindo para determinar o gênero de argumentos e de explicações que nós aceitamos” (MOSCOVICI 1978).

NOBREGA (1990), enfatiza a importância da comunicação social, principalmente sobre os fenômenos analisados pela psicossociologia, por entender que se trata de condição determinante na formação do pensamento e representações sociais.

CIAMPONE (1998), ao tratar desse assunto, afirma que a prática social é processada e interiorizada pelo sujeito, dando lugar à representação, ao pensamento, e às distintas formas de simbolização. Justifica, assim, a tese de que os conteúdos do psiquismo humano são social e historicamente determinantes (p.34).

Para esta autora, as representações sociais podem ser entendidas como imagens que condensam um conjunto de significados; como o sistema de referência que nos permite interpretar o que acontece; como forma de atribuir sentido ao inesperado; e como categoria que serve para classificar as circunstâncias, os fenômenos e os indivíduos com os quais nos relacionamos (CIAMPONE 1998, p.37).

MINAYO (1994) assinala que as representações nas ciencias sociais são caracterizadas por uma expressão da realidade através das categorias de pensamento, que explicam, justificam e questionam as ações e os sentimentos a respeito dessa realidade.

A representação social passou a ser utilizada no campo da saúde muito recentemente, para análise de objetos específicos do cotidiano profissional, a partir da integração das disciplinas da saúde e da psicologia social (OLIVEIRA 2000 p.55).

As representações sociais são tomadas pelos pesquisadores do campo da saúde a partir de diversas facetas conceituais: uma delas refere-se a representação como “um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade”(ABRIC 1987 apud OLIVEIRA 2000).

Nessa perspectiva, a subjetividade passa a fazer parte das ações cotidianas de saúde, contribuindo com explicações, sobre o processo saúde-doença embasadas no conhecimento do senso comum, bem como em significações particulares que participam da determinação de processos grupais de promoção, prevenção e cura (OLIVEIRA 2000 p.58).

A representação é tomada, ainda, na saúde na acepção de “princípios geradores de tomada de posição que estão ligados a inserções específicas em um conjunto de relações sociais, organizando os processos simbólicos que intervêm nessas relações” (DOISE 1986 apud OLIVEIRA 2000).

O autor refere-se à apropriação da teoria num plano institucional ou posicional. Nesse plano busca-se o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os objetos do cotidiano e a compreensão da relação estabelecida por esta forma de conhecimento com os usuários dos serviços de saúde. O que importa, aqui, compreender aqui é o papel das posições institucionais na formação e transformação do conhecimento do senso comum (OLIVEIRA 2000 p.58).

Atualmente é mais comum se conceber a representação social na saúde, hoje é vista como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um alcance prático e que contribui para a construção da realidade comum a um conjunto social” (JODELETE 1989 apud OLIVEIRA 2000).

A aplicação das representações sociais no plano comunitário. É utilizada para a compreensão do conhecimento coletivo no campo da saúde e para a instrumentalização dos grupos sociais, quando da tomada de decisão, o que é característica de atuação da saúde coletiva. Nesta nova perspectiva, destaca-se o movimento de promoção da saúde, em que as novas formas de intervenção preconizadas dão ênfase absoluta ao trabalho comunitário, visando a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde; o que pressupõe uma maior participação e controle do processo decisório (OLIVEIRA 2000).

Toda representação é construída na relação do sujeito com o objeto representado. Diante disso, uma representação social não pode ser compreendida, simplesmente enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais.

Os mecanismos sociais que intevêm na elaboração cognitiva da representação podem ser compreendidos através de dois processos: objetivação e ancoragem. Na relação do sujeito com o objeto representado, a objetivação consiste em materializar

as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado.

A ancoragem permite a incorporação do que é desconhecido ou novo, em uma rede de categorias usuais; é, portanto, um processo de assimilação de novas informações, através de idéias, acontecimentos, pessoas e relações (NOBREGA 1990; SERVO 2001).

Para se fazer um estudo centrado na representação social é necessário que o objeto da representação proposta exista efetivamente para o sujeito. Necessário é, também, que os sujeitos possam comunicar sua representação em uma situação que favoreça sua expressão (SERVO 2001).

Em nosso estudo o objeto da representação social – impacto do CAPD na qualidade de vida - é representado por doentes renais crônicos submetidos a esse tratamento. Considera-se que estes doentes possuam informação, atitude, crença e vivência sobre o referido objeto, sendo, portanto, capazes de apresentar uma visão subjetiva e social dessa realidade.

Para o tratamento dos dados empregou-se a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é o que abordaremos a seguir.

### **3.1.2 O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma metodologia elaborada a partir do referencial de Bourdieu, adotado por SIMIONE (1996); LEFÈVRE e SIMIONE (1998); LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000a); LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000b); LEFÈVRE, LEFÈVRE e TEIXEIRA (2000). Implica na utilização de quatro figuras metodológicas, que são: ancoragem, a idéia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo (DSC).

Diz-se que um discurso está ancorado (AC) quando é possível encontrar nele traços linguísticos explícitos de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa, que o autor do discurso utiliza na sua fala, como se fosse uma afirmação qualquer, mas que estão internalizados no indivíduo.



A idéia central (IC) é entendida como o essencial do conteúdo discursivo manifestado pelos indivíduos em seus depoimentos. Ela descreve, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido e o tema das expressões-chave de cada um dos discursos analisados.

As expressões-chave (ECH) são transcrições literárias de partes dos depoimentos, que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo. Selecionar as ECH significa depurar o discurso de tudo o que é irrelevante ou secundário, buscando deixá-lo, o máximo possível, com a essência do pensamento. É através da reunião das expressões-chave que se constroem os discursos do sujeito coletivo (DSC).

Muitas vezes não é fácil extrair a IC das respostas a uma determinada questão, pois os depoentes falam sobre vários temas. A IC é a expressão do que se quis dizer, enquanto o tema diz respeito ao assunto de que trata o texto.

O sujeito coletivo, pode ser expressado através de um ou vários discursos, de acordo a quantidade de temas presentes. A separação do DSC global em vários DSCs tem, como finalidade didática tornar a exposição mais compreensível (LEFÈVRE e LEFÈVRE 2000a ).

Entretanto, como reporta os autores nessa metodologia do DSC, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, como acontece na forma tradicional da categorização. Ao contrário: serão reconstruídos a partir de fragmentos de discursos individuais, tantos quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura” ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVERE, LEFÈVERE e TEIXEIRA 2000).

Segundo LEFÈVRE e LEFÈVRE (2000b), como o DSC é genérico e social é preciso desparticularizar os discursos individuais, melhor dizendo: retirar destes todas as marcas que identifiquem situações particulares (idade, data, doença específica, estado civil, entre outras.).

Para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) reúnem-se, num só discurso-síntese, os vários discursos individuais, emitidos como resposta a uma

mesma questão da entrevista, por sujeitos sociais que fazem parte de um mesmo grupo social homogêneo.

Em síntese, o DSC é como se o discurso de todos se resumissem no discurso de um. Se constitui, então, em uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito, plural e uno.

### **3.2. O Cenário da Pesquisa**

Feira de Santana, cidade que fica na divisa do recôncavo com o sertão, por isso também conhecida como a “Capital do Sertão”, fica ao leste do Estado da Bahia, na Região Centro Norte Baiano. Constitui-se hoje no mais importante entroncamento rodoviário do norte/nordeste. É cortada pelas rodovias federais Br101, Br116, Br324, e pelas rodovias estaduais Ba052, Ba502, Ba503, Ba504, sendo portanto passagem obrigatória de norte a sul do país (SERVO 2001).

O município de Feira de Santana é sede administrativa da microrregião que leva o mesmo nome. Sendo composto de sete distritos: Jaíba, Maria Quitéria, Humildes, Tiquaruçu, Bonfim de Feira, Jaguará, e Governador João Durval, quase todos eles localizados no polígono das secas, com exceção de Humildes.

Está distante apenas 108Km da capital, Salvador. Com uma área territorial de 1.344Km<sup>2</sup>. Segundo o CENSO 2000, possuía uma população de 480.692 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa do Estado da Bahia (IBGE, 2000). A principal base econômica do município é o comércio, seguindo-se a pecuária, a indústria e a agricultura. É o segundo pólo econômico do Estado e trigésimo quinto do país.

O Município de Feira de Santana constitui-se num centro de desenvolvimento educacional, comercial, industrial, de lazer e assistência médica especializada. Além de ser sede administrativa das Secretarias do Estado.

Em relação a saúde, Feira de Santana possui um sistema de saúde composto por uma rede de serviços públicos e privados. A rede pública se constitui de 33 serviços municipais e 06 estaduais.

Os 33 serviços municipais de saúde encontram-se na rede básica, e oferece atendimento primário (16 unidades básicas na sede e 16 na zona rural) e 01 hospital

especializado em ginecologia/obstetrícia. O atendimento tem níveis de complexidade variados. Nos centros de saúde há atendimento de média complexidade, através de especialidades médicas como pneumologia, cardiologia, oftalmologia e ortopedia, além de oferecer programas de saúde pública, tais como: puericultura, diabetes, planejamento familiar, imunização, doenças sexualmente transmissíveis e hipertensão. Os postos de saúde atendem a casos mais simples a exemplo de vacinação, curativos e puericultura, além de consultas médicas nas especialidades básicas, a saber: pediatria, ginecologia e clínica geral (SERVO 2001).

É importante ressaltar que o município não dispõe de laboratório de análises clínicas a nível ambulatorial público; por isso toda a demanda é encaminhada para os laboratórios conveniados ao SUS.

A rede privada é representada por 138 instituições das quais 41 são credenciadas com o SUS. Esta rede é formada por unidades particulares, filantrópicas e lucrativas conveniadas ao SUS ou mantidas por planos de saúde.

A rede hospitalar, conta com sete hospitais gerais (01 público estadual, 01 com fins lucrativos e 01 filantrópico, sendo esses conveniados com o SUS e, os demais, privados); e 13 hospitais especializados (02 públicos e 11 da rede SUS). Há ainda 01 pronto-socorro privado conveniado com o SUS (SERVO 2001).

Na área político-gerencial, o município encontra-se integrado ao processo nacional de descentralização das ações e serviços de saúde. Em 30 de junho de 1997 foi assinado o convênio da municipalização através da resolução 28/97. Em atenção ao previsto na Norma Operacional Básica NOB/96, foi o Município contemplado com a gestão plena de atenção básica municipal, tendo os recursos financeiros do SUS transferidos regularmente ao Fundo Municipal de Saúde (BAHIA, 1997).

O perfil epidemiológico do Município, apresenta uma superposição de causas de morbidade e mortalidade ligadas à modernidade e ao desenvolvimento. As causas também estão relacionadas às condições sócio econômicas precárias, as deficiências de saneamento básico e à dificuldade de acesso a serviços de saúde.

Assim é que, nos dados do II Plano Municipal de Saúde (1998-2001), a análise de distribuição de óbitos no Município, em uma série histórica de 05 anos, apresenta

as doenças do aparelho circulatório, seguidas de causas externas e neoplasias, como as principais causas de mortalidade no município nesse período. E quanto à morbidade, destacam-se: febre tifóide, leishmaniose, hepatite, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis. Algumas epidemias (cólera e dengue) e endemias (esquistossomose, hanseníase e tuberculose) também ocorrem.

A presente pesquisa foi realizada em uma Clínica de nefrologia, de caráter privativo, conveniada ao SUS, localizada na região metropolitana da cidade de Feira de Santana. O local da pesquisa foi escolhido por ser o município onde trabalhamos e a Clínica um dos campos de prática para onde encaminhamos nossos alunos de graduação em enfermagem.

Esta Clínica realiza apenas duas modalidades de diálise, a HD e a CAPD, e tem um total de 328 pacientes sendo assim distribuídos: 296 em HD e 32 em CAPD.<sup>2</sup>

O critério utilizado na seleção dos pacientes em CAPD são: apresentar dificuldade de acesso vascular, seer portdor de diabetes, ser adolescente, crianças e residirem distantes da clínica de diálise.

Após o doente ter sido indicado para o programa de CAPD, o médico e a enfermeira explicam a ele do que consiste o tratamento e se o mesmo aceitar fazê-lo. A Enfermeira e a Assistente Social fazem uma visita domiciliar a este doente para avaliar as condições de higiene, grau de instrução da família, presença de animais domésticos no domicílio (que é proibida) e proceder a avaliação das condições do ambiente. Durante a visita avaliam-se os seguintes aspectos: Se a casa possui um quarto em condições mínimas para realização do procedimento, ou seja, forrado, se possui piso de cimento, um local onde possa ser colocada uma pia pequena com torneira apropriada (possível de fechar com o cotovelo após a lavagem das mãos), e espaço que comporte uma mesinha, uma cadeira e um suporte de soro (ou esse pode ser adaptado à parede através de um gancho).

Após o paciente ter providenciado em sua casa o ambiente adequado para a realização da técnica, ele e uma pessoa da família são treinados, durante uma

---

<sup>2</sup> Dados colhidos junto à administração da Clínica de Diálise em Agosto de 2001.

semana, na técnica de CAPD. Caso o paciente não tenha condições de assimilar as instruções, então treinam-se duas pessoas da família.

Implanta-se então, o catéter de Tenckhoff na cavidade peritoneal do paciente no centro cirúrgico do hospital, através da técnica cirúrgica. No dia seguinte faz-se o curativo e o paciente é liberado para casa. O paciente retorna à clínica de 2 em 2 dias para o curativo, durante 10 dias, quando então, retira os pontos e é liberado para realizar a CAPD em casa. No quinto dia após o implante, faz-se, no centro cirúrgico, o Break-in (lavagem da cavidade peritoneal) para verificar se o catéter não está obstruído, e hepariniza o catéter.

Durante esses 10 dias, o paciente fica fazendo HD através do catéter de duplo-lumem ou catéter de Sorensen, que é implantado na subclávia ou jugular (maior preferência). Caso o paciente não apresente o nível de creatinina muito alto e possa suportar os dez dias sem diálise, então esta não é feita. Geralmente ele faz HD num turno e no outro ele faz o treinamento de CAPD.

Depois que o doente é liberado para realizar a CAPD em casa, é orientado para retornar à clínica nesta graduação: 2 dias, 15 dias e um mês.

Após esse período inicial, o doente retorna à clínica a cada 30 dias, ou quando houver necessidade. Nesta altura é realizada a consulta médica, com avaliação clínica e laboratorial, quando o médico solicita os exames conforme a rotina da clínica. Também é realizada a consulta de enfermagem para orientação no que tange a alimentação, higiene, dirimir dúvidas, verificar como está sendo realizada a técnica em casa (nesse dia o paciente realiza uma troca na clínica). Ainda neste dia, o doente responde a um questionário contendo perguntas sobre a presença de vários sinais e sintomas que podem evidenciar diversas patologias como anemia, diabetes, hipertensão, problema cardíaco, problemas vasculares, respiratórios entre outras).

Nesta visita mensal a clínica, o paciente recebe os medicamentos de que necessita: Eprex (eritropoietina humana) conforme resultado da hemoglobina (Hb) e hematócrito (HT). Se a Hb estiver abaixo de 12.0g/dl o paciente fará uso do Eprex e se este estiver abaixo de 7.0g/dl é submetido à transfusão (este fato apresenta ocorrência muito rara em doente em uso de CAPD). Também é distribuído mensalmente para todos os pacientes o Rocaltrol (vitamina D) e o Carbonato de

Cálcio ( $\text{CaCO}_3$ ). Disponibilizar o anti-hipertensivo, o AAS 100mg e os digitálicos vai depender da necessidade de cada paciente e da prescrição.

Com 30 dias de utilização da técnica de CAPD é realizado o PET-Test (Teste de Equilíbrio Peritoneal), para verificar a dialisância desse peritônio, ou seja: se a membrana peritoneal é baixa transportadora, média transportadora ou alta transportadora.

Os exames laboratoriais são realizados de acordo com uma rotina da clínica. Assim mensalmente são solicitados os seguintes exames: HT, Hb, uréia, creatinina, potássio, cálcio, fósforo, TGP (Transaminase Glutamo Pirúvica), HbSAg (antígeno da hepatite B), Anti-HCV (anticorpo da hepatite C) e glicemia para os diabéticos. Trimestralmente realizam-se: hemograma completo, transferrina, ferro sérico, fosfatase alcalina, Anti-HBs (anticorpo da hepatite B) e proteínas totais e frações. Semestralmente deve o doente, proceder ao exame de paratormonio e, anualmente, fazem-se as dosagens de anticorpos para HIV (teste de AIDS) e alumínio sérico.

### **3.3. Sujeitos Participantes da Pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram renais crônicos submetidos a CAPD em uma clínica de diálise de Feira de Santana e que tivessem na faixa etária entre 20 a 60 anos.

Dos 32 sujeitos submetidos a CAPD na clínica de diálise, no momento da coleta de dados, 03 foram excluídos por serem mais idosos (idade acima de 60 anos), 01 por ser criança, e 03 encontravam-se em treinamento para darem início ao tratamento e, 02 faltaram à entrevista por estarem internados. Os idosos e os adolescentes foram excluídos por terem características próprias da idade que envolvem temas de análise relativos à qualidade de sua vida que, dessa forma, poderiam apresentar varáveis de confusão. Caso estas não pudessem ser controladas, certamente os resultados poderiam se apresentar distorcidos.

Assim, foram entrevistados 23 indivíduos renais crônicos que estavam sendo submetidos ao tratamento por diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD),

entre 20 e 60 anos, de ambos os sexos, residentes tanto na zona urbana como na microrregião, de diferentes ocupações, e tempo de CAPD variável .

Embora esse número de participantes possa parecer pequeno, nos apoiamos em MINAYO (1994) quando afirma, que a representatividade numérica não se constitui em critério prévio para a realização de uma pesquisa qualitativa.

### **3.3.1. Característica Sócio-demográficas e Clínicas**

Foram entrevistadas 23 pessoas (Tabela 1) sendo cinco homens e dezoito mulheres. A partir dos dados obtidos, pode-se perceber que eram provenientes, tanto da zona urbana como da micro-região de Feira de Santana. A maioria delas apresenta faixa etária acima de 40 anos, ou seja 15 (65,2%) dos entrevistados, e apenas 8 (34,7%) estão entre os 20 e 40 anos. Houve predomínio de casados 18 (78,2%), sendo que desses, 14 (77,8%) são mulheres e 4 (22,2%) são homens.

Em relação à escolaridade, os entrevistados na sua maioria, ou seja 15 (65,2%), fizeram somente até o 1º grau. Destes 11 (73,3%) só tem o 1º grau incompleto; apenas 4 (26,7%) completaram o 1º grau e 8 (34,7%) fizeram o 2º grau.

Em relação a situação profissional, pode-se verificar um número maior de pessoas aposentadas 10 (43,5%), isto talvez se deva à condição sócio-econômica baixa dos doentes, que ao adquirirem uma doença crônica protegida por lei com direito de afastamento, lançam mão desse recurso para ajudar nos custos do tratamento. Seguida de ajudantes do lar 6 (26,1%). Apenas 7 (30,4%) trabalham, sendo que desses 5 (71,4%) desenvolvem atividades sem vínculo empregatício. Considera-se que a especificidade do tratamento seja a causa de um doente dessa natureza não ter um emprego formal devido aos horários das trocas. Talvez por esta razão apenas 2 (28,6%) possuam empregos formais.

**Tabela 1-** Características sócio-demográficas dos sujeitos da pesquisa -“Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos submetidos a esse Tratamento. Feira de Santana-Ba.-2001

<b>Características Sócio-demográficas</b>		
	<b>N<sup>o</sup></b>	<b>%</b>
<b>- Idade</b>		
20 a 30 anos	4	17.4
31 a 40 anos	4	17.4
41 a 50 anos	9	39.1
51 a 60 anos	6	26.1
<b>- Sexo</b>		
Masculino	5	21.7
Feminino	18	78.3
<b>- Estado civil</b>		
Casado	18	78.3
Separado	1	4.3
Viúvo	-	-
Solteiro	4	17.4
<b>- Escolaridade</b>		
Sabe ler e escrever	6	26.1
1 <sup>o</sup> grau incompleto	5	21.8
1 <sup>o</sup> grau completo	4	17.4
2 <sup>o</sup> grau incompleto	1	4.3
2 <sup>o</sup> grau completo	7	30.4
<b>- Profissão</b>		
Aposentados*	10	43.5
Artesã	1	4.3
Comerciário (a)	1	4.3
Do Lar	6	26.1
Micro –empresário (a)	3	13.1
Motorista	1	4.3
Vendedor ambulante	1	4.3
<b>Zona de Procedência</b>		
Zona urbana (Feira de Santana)	9	39.1
Micro-região	14	60.9

\* 1 auxiliar de enfermagem, 1 vendedor ambulante, 1 vigilante, 1 fábrica de biscoito, 1 garçõnete, 2 na roça, 1 serviços domésticos, 1 no IBAMA, 1 feirante. \* 1 auxiliar de enfermagem, 1 vendedor ambulante, 1 vigilante, 1 fábrica de biscoito, 1 garçõnete, 2 na roça, 1 serviços domésticos, 1 no IBAMA, 1 feirante.



Quanto as características clínicas (Tabela 2) o tempo de doença renal da grande maioria, ou seja 12 (52,2%) estão entre 2 a 5 anos de doença, abaixo de 2 anos temos apenas 4 casos (17,4%) e acima de 5 anos, 5 (21,7%).

O tempo de CAPD, da maioria dos doentes, é de 6 meses a 3 anos, ou seja 17 (73,9%) e abaixo de 6 meses de tratamento somente 6 (26.1%).

**Tabela 2-** Características clínicas dos sujeitos da pesquisa - “Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida de Pacientes Renais Crônicos submetidos a esse Tratamento. Feira de Santana-Ba. 2001.

<b>Características clínicas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de doença renal</b>		
< 1 ano	4	17.4
1 a 2 anos	2	8.7
2 a 5 anos	12	52.2
5 a 10 anos	3	13.0
10 anos e mais	2	8.7
<b>Tempo de CAPD</b>		
Até 3 meses	4	17.4
3 a 6 meses	2	8.7
6 meses a 1 ano	7	30.4
1 a 2 anos	9	39.1
2 a 3 anos	1	4.3

### 3.4. Instrumento da Pesquisa

Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas conduzidas a partir de um roteiro contendo 10 perguntas que serviram de guia para análise das categorias referentes à qualidade de vida.

Concordamos com MINAYO (1994), quando afirma que a entrevista privilegia a obtenção de dados através da fala que revela condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmite por meio de um porta-voz, as representações sociais, de grupos determinados, em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas.

Escolhemos a entrevista semi-estruturada por ser uma técnica que valoriza a presença do investigador e permite que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação favorecendo, não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (TRIVINOS 1992).

Segundo LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA (2000) a escolha da entrevista como técnica de pesquisa qualitativa permite-nos, através do discurso, acesso a dados da realidade, de caráter subjetivo, isto é, “idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente ou futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamento.”

Esse tipo de entrevista pressupõe a existência de um roteiro que tem como objetivo orientar o pesquisador e o pesquisado a manifestar as representações a respeito da qualidade de vida enquanto indivíduo submetido a CAPD.

Previamente foram estabelecidos alguns temas de análise, relacionados à qualidade de vida de doentes renais crônicos, são: **enfrentamento da doença, sentimento em relação ao procedimento, relacionamento familiar, relacionamento com amigos, trabalho, lazer, locomoção, alimentação livre e relacionamento sexual (o grifo é nosso)**. A partir de concepções teóricas de alguns autores como: BARBOSA (1993); CESARINO (1995); BONFIM (1996); LIMA (2000); MACHADO (2001), cujos estudos demonstraram terem esses temas relação direta com o objeto qualidade de vida e portanto ao interagirem poderiam nos fornecer características positivas ou negativas do impacto do CAPD no cotidiano dos indivíduos renais crônicos submetidos a esse tratamento.

Estes temas foram definidos, para efeito deste estudo, tendo como ponto inicial a etimologia da palavra (GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL 1998):

**Enfrentamento da doença** – maneiras, comportamentos ou atitudes de se conduzir a enfermidade, o processo daqueles que sofrem, que padecem, que têm a saúde alterada. (v.8)

**Sentimento em relação ao procedimento** – maneiras, comportamentos ou atitudes relacionadas ao tratamento ao qual está sendo submetido no momento.

**Relacionamento familiar** – grupo de pessoas ligadas entre si por laços de casamento ou de parentesco, conjunto dos ancestrais ou os descendentes de um indivíduo. Que goza do convívio ou da intimidade de alguém. Associação de pessoas que possuem a mesma origem e os mesmos interesses. (v.10)

**Relacionamento com amigos** – relacionamento com pessoas a quem se está ligado por uma afeição recíproca, em quem se confia, companheiro, compartilha objetivos comuns. Pessoas muito queridas, íntimas. Pessoas que amparam, defendem e protegem em momentos de apertos e perigos. (v.2)

**Trabalho** – atividade humana aplicada à produção, à criação, ao entretenimento. Dedicar-se a uma atividade, desempenhar um ofício, fazer um trabalho. Atividade profissional regular e remunerada que possibilita o indivíduo a viver parcial ou totalmente da renda de seu trabalho. (v.23)

**Lazer** – atividades praticadas no tempo em que se pode dispor sem prejuízo das ocupações ordinárias, entretenimento, descanso, folga e ócio. (v.14)

**Locomoção** – ação de andar ou transportar-se de um lugar para o outro, possibilidade de ir e vir sem nenhuma limitação física ou temporal guiada somente pela vontade. (v15)

**Alimentação livre** – ato ou ação de alimentar-se sem restrição quanto ao tipo ou quantidade, dependendo unicamente da vontade do indivíduo. (v.1)

**Relacionamento sexual** – conjunto das condutas que, em uma espécie, levam ao acasalamento e à reprodução. Relativo às práticas sexuais, sem limitação física ou psicológica. (v.22)

Baseado nesses temas, construímos o roteiro para a entrevista, que MINAYO (1999) considera como “um instrumento que orienta uma conversa com finalidade”, sendo um facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, contendo itens essenciais para esboçar o objeto. Veja o roteiro a seguir:

- 1- Você é um paciente renal crônico. Como é isso para você? Fale-me um pouco sobre isso.
- 2- E o seu tratamento por CAPD? Fale um pouco sobre ele.  
Vou fazer algumas perguntas e gostaria de que respondesse, lembrando sempre que é um paciente renal crônico, em uso de CAPD.
- 3- Depois da doença e do tratamento, como ficou o relacionamento com sua família?
- 4- E com seus amigos? Como está sua relação com eles?
- 5- E o seu trabalho? Como está indo?
- 6- O que você faz no seu tempo livre?
- 7- Como é hoje para você viajar, passear e/ou andar?  
Vou fazer somente mais duas perguntas e quero que continue pensando enquanto paciente renal crônico em uso de CAPD.
- 8- Como é sua alimentação?
- 9- Como está sua vida sexual?
- 10- Tem mais alguma coisa, que voce gostaria de falar, que melhorou ou piorou na sua vida depois do CAPD?

Após a elaboração do roteiro, foi realizado um pré-teste com 03 pacientes renais crônicos submetidos a tratamento por CAPD. Os pacientes para o pré-teste foram selecionados em uma outra clínica de diálise de Feira de Santana, obedecendo à mesma faixa etária estabelecida para os participantes da pesquisa. Estas entrevistas tiveram o intuito de avaliar a adequação das questões propostas no roteiro.

Estamos de acordo com LAKATOS e MARCONI (1995) quando estes afirmam que a principal função do pré-teste é, realmente, testar o instrumento de coleta de dados. Isso permite que se possa identificar ambiguidades nas questões, a existência de perguntas supérfluas, bem como adequar ou não na ordem de apresentação das questões, entre outras.

O pré-teste evidenciou que o instrumento utilizado apresentava elementos que respondem ao objetivo da pesquisa.

O primeiro contato com os participantes da pesquisa se deu por via telefônica. Nesta ocasião lhes foi explicado, de forma clara e simples, o objetivo da pesquisa.

Após os devidos esclarecimentos e a concordância da pessoa, agendou-se a entrevista para o dia em que ela viria a clínica para o seu controle clínico mensal.

As entrevistas foram realizadas na própria clínica de diálise após o paciente ter sido liberado da consulta pelo Médico e pela Enfermeira. Esta estratégia permitiu que o diálogo fluísse tranquilamente, sem nenhuma interferência ou pressa. O local cedido para a realização das entrevistas foi a sala da Chefia de Enfermagem. As portas fechadas, para não sermos incomodados, e também, para que o entrevistado se sentisse à vontade. Estando presentes apenas o entrevistado e a pesquisadora.

Antes do início de cada entrevista procurávamos estabelecer um ambiente agradável de conforto e privacidade buscando criar um clima de confiança mútua. Depois de esclarecermos de forma clara e sucinta, os objetivos, os procedimentos da pesquisa e da liberdade de participação, líamos o termo de consentimento (anexo 1), sendo que após a concordância e assinatura, é que se procedia à entrevista.

Cada participante foi entrevistado apenas uma vez pelo pesquisador. Não foi necessária visita à residência dos pesquisados, pois todas as entrevistas atingiram os objetivos propostos. Não houve nenhum caso em que a entrevista ou a gravação fosse negada.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com duração média de 20 a 40 minutos e com o auxílio do gravador. Ao término de cada entrevista, no mesmo dia, para que nada fosse perdido ou esquecido com o tempo, a transcrição da fita, para análise, era feita pela própria pesquisadora de forma literária, mantendo-se gírias, pausa, choro, risos, entre outras.

### **3.5- A Organização e a Análise dos Dados**

Para a organização e análise dos dados foi utilizada a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE, LEFÈVRE e TEIXEIRA 2000).

Após a realização das entrevistas e das transcrições das fitas, realizou-se a leitura exaustiva do material, assinalando os dados significativos e de interesse, atividade que foi orientada pelos objetivos da pesquisa.

Em seguida passamos à leitura das questões, ou seja: a questão 1 de todas as entrevistas, selecionando as idéias centrais, através das expressões-chave correspondentes (trechos literários correspondente no discurso). E assim procedemos com cada uma das 10 questões do roteiro da entrevista, construindo os quadros correspondentes por questão (Anexo II).

Em sequência, elaboramos um instrumento por idéia central selecionada (foram 22 idéias centrais em todas as entrevistas) e reunimos todas as expressões-chave de todos os entrevistados que continham essa mesma idéia central (Anexos III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X).

A partir do instrumento anterior que continha todas as expressões-chave reunidas por idéias centrais, procedemos a construção dos DSCs que expressassem o modo de ser, pensar, sentir e as expectativas das pessoas renais crônicas submetidas ao CAPD quanto a sua qualidade de vida.

Finalmente para que procedessemos à discussão, de modo a não ficar muito extensa e exaustiva para o leitor, juntamos os DSCs por Temas. Assim, cada Tema reuniu vários Discursos que tinham Idéias Centrais condizentes. A partir daí, foi feita a Discussão por Tema, tornando-a mais concisa e objetiva.

## IV- RESULTADOS E DISCUSSÃO

**“Se queremos progredir não devemos repetir a história, mas fazer uma história nova.”**

**GANDHI**

**1ª Questão: Você é um paciente renal crônico: como é isso para você?  
Fale-me um pouco sobre isso.**

### 4.1. TEMA I: Enfrentamento da doença

<b>Idéias Centrais</b>	<b>*20 – Dificuldade de aceitar a condição de saúde</b>	<b>*4 – Negociação</b>	<b>*10- Resignação</b>
------------------------	---	------------------------	------------------------

\*Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia- Central

<p><b>1ª Idéia Central (20)</b> <b>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</b></p>
---

#### **DSC: Dificuldade de aceitar a condição de saúde**

(E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E11; E13; E14; E16; E17; E18; E19; E20; E21; E22; E23)

*No início foi difícil como qualquer doença. Se não existisse a doença seria melhor. Logo no começo quando eu fiquei sabendo da minha doença, não foi bom não, porque eu tava muito agoniada, sei lá, sem saber o que era, né? fiquei muito nervosa, fiquei louca. Eu respondia muito mal a todos, eu dizia que não queria morrer, que eu era jovem ainda, fiquei desesperada. Foi um choque, tinha muito medo, eu não queria aceitar de jeito nenhum, sentia muita revolta. Eu só vivia chorando, preocupada e muito nervosa.*

*E foi muito assustador, porque eu tive com o médico e ele nos deu uma impressão que parecia que eu ia ficar sentado em casa esperando a morte chegar. Quando o médico disse que eu ia fazer hemodiálise, eu disse que não, gritando... chorando, que eu não queria, disse que preferia a morte, tive até vontade de me suicidar. Claro que a gente fica assustada, pensa que nunca vai acontecer com a gente.*

*Então foi muito difícil ter que aceitar ser renal crônica, e saber que ia para a máquina um dia, é ser doente, né? dependente de um tratamento. Eu tive que parar de estudar, parar de trabalhar pra me dedicar só a doença, entendeu?*

*Eu sinto muito triste de ser portador dessa doença porque a gente não tem liberdade para sair e não pode trabalhar, enfim, pra viver com a maioria da família. Estragou minha saúde. Trabalho em primeiro lugar, porque eu não posso pegar peso e não sou mas aquela pessoa que era antes. Pra mim é ruim, e não é pouco, porque doença nenhuma é boa, né? E além do problema dos rins, eu ainda tenho problema do coração, de hipertensão e das vistas, que é bastante difícil. Quando eu penso que estou bom dos rins, começa com uma tremura nas minhas pernas, que nem posso andar direito. Na mesma hora que você tá bem, você já sente uma coisa e tem que tá ali pra falar com o médico, as vezes para aonde a gente vai é longe, então é muito difícil.*

*O problema renal é um problema muito difícil de se viver.*

**2ª Idéia Central (4)**

**Negociação**

**DSC: Negociação**

**(E4; E5; E9; E14)**

*O problema renal é um problema muito difícil de se viver, mas agora Graças a Deus eu já aceitei minha doença e me conformei, eu vou fazer o que, né? na mão de Deus., só mesmo a gente que tem Fé em Deus e que luta pela sua vida. Todos os*



*dias eu rezo e agradeço a Deus de tá viva, porque faltou pouca coisa pra eu morrer. Por enquanto eu fico fazendo o tratamento direitinho que nem os médicos pede, e com Fé em Deus há de dar tudo certo, só peço a Deus pra me dar muitos anos de vida pra criar meus filhos.*

*Eu agradeço a Deus em primeiro lugar e a orientação que o CAPD me alumiu e eu tou me receitando e me sentindo bem. Peço muita força a Deus pra continuar. Mas eu pretendo voltar, eu ainda tem Fé em Deus de voltar ao que era.*

### 3ª Idéia Central (10)

#### Resignação

#### DSC: Resignação

(E1; E4; E5; E8; E10; E12; E18; E19; E21; E22)

*Era melhor que não existisse esse problema renal, mas já que existe, eu vou ficar com o CAPD. Eu agora tou até conformada com a minha doença, antes eu não me conformava de jeito nenhum, mas depois, como eu sou religiosa, pedindo muito a Deus e com oração eu me conformei, agente não aceita né? porque ninguém aceita o problema, mas me conformei, Deus quis assim, né? Com o tempo você se acostuma, a gente põe na cabeça que tem aquele problema e que a melhor solução é fazer um tipo de tratamento e que tem que se cuidar, né? pra poder sentir melhor, pra poder realizar as atividades como mãe, como esposa, como pessoa.*

*Não vou dizer pra Senhora que eu fico feliz porque eu vou fazer CAPD até o dia que Deus quiser. Só que antes, a gente dava mais valor a vida, a gente pensa que vai viver cem anos, mas depois que acontece uma coisa assim, a gente quer mais aproveitar cada dia... cada semana... com namorado, com filho, com a mãe, com todo mundo. Nunca pode desperdiçar cada oportunidade que tiver de sair, porque não sabe se amanhã a gente tá sentindo bem ou não?*

*Minha vida tá bem, não é normal porque a gente que tem esse problema, não pode dizer assim eu tou feliz, né? mas ni um ponto eu estou feliz, que meu povo tá perto de mim, me trata bem, são todos carinhosos. E eu tô me conformando, não tem jeito mesmo... a gente tem que aceitar. E eu acabei aceitando e Graças a Deus eu tou ótima.*

#### **4.1.1. Discussão do Tema I**

Baseado na análise do Discurso “Enfrentamento da doença”, percebemos que a principal preocupação do sujeito coletivo, ao receber o diagnóstico de portador de doença renal crônica, é com a sobrevivência, o que é manifestado explicitamente nas falas relativas à morte, ou implicitamente através de sentimentos expressados a exemplo de choque, medo, revolta e outros similares.

BOFF (1999), relata este mesmo tipo de preocupação, no estudo que realiza em mulheres com câncer de mama, por ocasião do diagnóstico. O mesmo ocorreu com BEENEY e col. (1996) ao estudarem as reações emocionais de pacientes, por ocasião do diagnóstico de diabetes mellitus, identificaram a ansiedade, o choque, a raiva e a negação, em mais de 60% dos casos.

Percebe-se, entretanto, uma incoerência nos discursos, quando se verifica que, embora o indivíduo relacione o diagnóstico à morte, quando surge a perspectiva do tratamento, isso o apavora. Fato que, entendemos, deve-se à falta de informação sobre as formas de tratamento o que acaba por acarretar incerteza em relação ao futuro, e dúvidas quanto ao significado da diálise e as restrições que este tipo de tratamento imporia ao seu estilo de vida.

MOTTA (1998), estudando pacientes com diabetes, relata as dúvidas desses doentes por ocasião do diagnóstico concernentes ao significado da doença, e principalmente seus determinantes, expresso frequentemente através de sentimentos de depressão e muitas vezes de negação na população estudada.

OPPENHEIM (1996), médico endocrinologista, emite o seguinte depoimento de como se sentiu por ocasião da descoberta de que era portador de diabetes. “A

notícia de uma doença crônica derruba. Temos a sensação do começo do fim. A nossa invulnerabilidade fica arranhada, tomamos consciência de que somos mortais. A primeira reação de uma pessoa ao receber a notícia de que tem diabetes é de desorientação, desesperança e medo (...). Poucos sabem que a maioria absoluta dos diabéticos leva uma longa e produtiva vida após receber o diagnóstico.

Em relação a esse mesmo assunto, COX (1994), defende que os profissionais de saúde devem ter muita habilidade, paciência e compreensão para ajudar os pacientes no processo de aceitação da doença. Segundo o autor, é nesta altura que é comum aflorar os sentimentos de tristeza, choque emocional, negação, raiva, depressão e perda. Acrescenta, ainda, que o conhecimento sobre a doença que o paciente possa ter, não é suficiente para que ele encare a nova situação com tranquilidade. Assim, as informações e orientações devem ser fornecidas ao paciente pelos profissionais de saúde uma vez que este também devem ajudar os pacientes a expressar seus sentimentos e oferecer apoio emocional durante o processo de adaptação.

Os Discursos destacam que após o impacto inicial de choque, com a descoberta da doença, inicia-se, então, o processo de negociação: a barganha, principalmente com Deus. Com isso, entregam a um ser superior a responsabilidade pela cura ou sucesso do procedimento terapêutico. Todas as atitudes espirituais no apego a Deus, nas orações ou práticas religiosas visando à recuperação têm por objetivo primordial, envolver e aliviar o conteúdo de tensões decorrentes das incertezas ligadas a doença (PETUCO 1998; BOFF 1999).

A doença é encarada como castigo, punição e sendo Deus um pai que cuida de todos os filhos sem castigos ou punições, a fé é fortalecida e a esperança restabelecida de que Deus ajudará a superar a situação.

Segundo BOFF (1999), a religiosidade funciona como uma âncora no sentido de segurar os temores, sofrimentos e, principalmente, suportar a agressão que a doença carrega contra o instinto de vida e de sobrevivência.

Finalmente os Discursos evidenciam que, com o passar do tempo, os renais crônicos passam a aceitar e se conformar-se com a situação. Alguns utilizam a

estratégia da resignação como uma forma passiva de enfrentamento da situação, como se a doença fosse algo que já estivesse predestinado na sua vida. Outros utilizam esta mesma estratégia da resignação para aceitação da situação, mas de forma completamente inversa: procurando aproveitar a vida o mais intensamente possível, buscando não desperdiçar cada momento ou oportunidade que a vida lhe proporcione, como se cada minuto fosse o último a ser vivido.

O mesmo foi observado por PETUCO (1998), no caso do enfrentamento dos colostomizados, os quais utilizaram a estratégia da resignação como uma forma passiva de enfrentar a situação, e, outros adotaram uma mistura de revolta, fuga e, mesmo, rejeição ao problema.

**2ª QUESTÃO: E o seu tratamento por CAPD? Fale um pouco sobre ele.**

#### **4.2. TEMA II: Sentimento em relação ao procedimento**

<b>Idéias Centrais</b>	<b>*13</b> <b>Desconforto causado pelo CAPD</b>	<b>*22</b> <b>Normalização da Vida Cotidiana</b>	<b>*12</b> <b>Satisfação com o CAPD</b>	<b>*14</b> <b>Comparação positiva em relação ao método anterior</b>	<b>*4</b> <b>Auto-confiança</b>
------------------------	--	---	--	--	------------------------------------

\*Número de pessoas que apresentaram a mesma idéia-central

<p><b>1ª Idéia central (13)</b> <b>Desconfortos causados pelo CAPD</b></p>
--

**DSC: Desconfortos causados pelo CAPD**

(E1; E2; E3; E4; E5; E6; E11; E14; E16; E18; E20; E21; E22)

*O CAPD melhorou muito minha vida, mas tem suas complicações também, entendeu? No começo eu ficava muito ruim na hora que ia filtrar o sangue, né? ficava ruim mesmo, me dava uma dor de cabeça que desgovernava o corpo, já no fim eu tava sentindo bem, Graças a Deus.*

*Houve também alguns problemas ajustáveis de adaptação do catéter que era um produto estranho ao meu organismo; as vezes a barriga já inflamava; outras vezes quando eu botava líquido que ficava muito tempo a barriga ficava dura e dóia. O líquido também incomoda porque qualquer coisa que eu como, o estômago fica cheio, parece que tá tudo cheio. Me alimentar é difícil, eu tou muito enjoada e eu não tenho muita vontade de comer. Antes eu comia muito, agora como pouquinho, eu me alimento mais assim com frutas, mamão, maçã, pêra é que eu me alimento mais. O médico disse que depois acostumava, mais eu nunca acostumei. No início quando eu comecei o tratamento eu ficava com o intestino preso, fazia lavagem e tomava lacto purga pra voltar a funcionar.*

*Também, quando é tempo frio a bolsa fica muito fria, eu sinto aquele frio. É ruim isso, tem dia que eu sinto super mal, tem dia que tá fazendo aquele calor e depois do CAPD seu corpo fica todo gelado, você tem que vestir uma blusa de frio, tem essas situaçõezinhas entendeu?*

*O CAPD também prende, a gente não tem liberdade pra sair, porque é quatro vezes por dia que faz, então é uma coisa que você tem que deixar tudo e fazer, pode tá fazendo o que tiver. Não tenho muito tempo pra tá participando de algumas coisas, porque a gente fica mais restrita a aquilo ali, né? a saída tem que ser pouca, só no intervalo do tratamento. Porque se você vai pra um lugar passa da hora, atrasa, aí fica tudo mais difícil. E no caso de querer viajar não pode, pois tem que tá sempre naquele horário ali pra fazer o tratamento, e também tem que ter muito cuidado por causa da infecção.*

*De qualquer forma muda muito a vida da gente, porque eu não posso fazer muita coisa que incomoda um pouco, tem que ficar cheia de líquido, e isso é chato né? Não sei se é porque eu não me adaptei ainda ao tratamento, porque disse que depois que a gente se acostuma nem sente, mas por enquanto ainda tá. Mas dá pra levar e a gente tem que fazer.*

**2ª Idéia Central (22)**  
**Normalização da Vida Cotidiana**

**DSC: Normalização da Vida Cotidiana**

(E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E20; E21; E22; E23)

*Minha vida mudou toda depois do CAPD, tá voltando a normalidade. Eu sei que tenho problema renal, mas depois do CAPD, nem lembro que tenho, as vezes até esqueço, porque não me empata em nada. A gente tem mais disposição e liberdade. Porque, ainda que eu faça o tratamento em casa eu não me sinto mal depois, a gente fica em casa despreocupada, acorda no horário que quer, fica perto do marido e dos filhos o tempo todo, pode ajudar nas tarefas e pode também fazer os trabalhos de dentro de casa tudo, não fico cansada e não sinto nada sobre o problema.*

*Não trabalhava e hoje tive a oportunidade de voltar a trabalhar e de estudar novamente, ter uma vida assim... praticamente normal.*

*Vou pra todos os lugares, viajo, passeio, agora posso ir para casa de minha mãe e ficar lá. A minha vida continua as mil maravilhas, eu sempre tive uma vida boa Graças a Deus, sou muito querida, muito comunicativa, e sempre gostei de festas, folia e até hoje eu participo. E nas festas é uma alegria total a gente dança e canta. E ainda dá para ir a praia, botar um biquenzinho, tomar um solzinho de leve, tomar uma cervejinha e ir levando a vida, né?*

*A alimentação melhorou 100%, eu posso comer tudo, voltei a comer algumas coisas que eu gostava e estou até engordando.*

*Eu não me considero doente de maneira nenhuma porque o CAPD não me impede em nada de ter uma vida normal.O CAPD para mim foi uma coisa muito importante, acho que os médicos escolheram a coisa certa, hoje eu levo uma vida como outra pessoa qualquer.*

**3ª Idéia Central (12)**  
**Satisfação com o CAPD**

**DSC: Satisfação com o CAPD**

(E4; E5; E6; E7; E8; E9; E14; E15; E16; E17; E19;E22)

*O CAPD pra mim foi uma vitória, melhorou muito minha qualidade de vida, eu sinto bem melhor, uma pessoa mais alegre, mais disposta e totalmente em liberdade. Eu nem lembro que eu tou doente, eu não sinto nada, praticamente eu não tenho problema.*

*Só que a pessoa não deve só tá esperando pelos médicos, ele deve se cuidar também. Ele tem que tomar cuidado, se assear bem na hora de fazer, tem que fazer quatro vezes no dia, e as trocas na hora certa... que senão dá problema. Naquele horário certo tem que tá ali, só isso, mas não atrapalha em nada. Eu procuro fazer a coisa bem... como pediram né? os horários eu faço de acordo com a minha vida e daí então, faço a revisão a cada trinta dias e tenho passado muito bem. Não sei o que seria de mim, se não tivesse o CAPD, que eu melhorei muito, quem me viu antes e me ver hoje, nem me reconhece, pensa que eu já fiz o transplante, pela minha condição física que mudou muito, Graças a Deus.*

*Eu só vivia morrendo, só vivia desmaiando, só vivia passando mal com pressão alta, depois do CAPD, Graças a Deus a pressão diminuiu e eu me sinto muito bem agora, tou recuperada e tou outra pessoa. Eu não tenho o que queixar do CAPD, é ótimo, eu gostei desde a implantação, treinamento e tudo. O material chega em minha casa pontualmente e o atendimento é muito bom. Todo mundo gostou mais desse tratamento, todos os amigos acharam ótimo, porque eu saio com eles o tempo todo, passo o dia com eles despreocupada. Se eu soubesse que eu ia me dar tão bem eu já tinha feito antes... muito antes mesmo. Então eu aconselho, qualquer pessoa que me perguntar, o que eu acho do CAPD. Eu falo que é bom, porque realmente ele é bom, ele dar mais condição de vida para a gente.*

**4ª Idéia Central (14)**  
**Comparação Positiva em Relação ao**  
**Método Anterior**

**DSC: Comparação Positiva em Relação ao Método Anterior**

(E1; E4; E6; E7; E10; E11; E12; E13; E14; E15; E17; E20; E21; E23)

*O CAPD é melhor que HD. Porque é muito rápido, livra das viagens, pois agora eu fico em casa despreocupada, antes eu vinha três vezes (por semana) aqui na clínica e agora ficou bem melhor eu só venho de mês em mês fazer revisão ou quando passo mal. Só em poder comer tudo... não tomar agulhada. HD voce fica quatro horas ali numa máquina, filtrando o sangue... um perigo né?... capaz de ser contaminada por alguma coisa, ninguém sabe... e maltrata muito a gente, além da gente ficar muito fraco, eu só vivia deitado, era mole o tempo todo, não tinha disposição pra fazer nada. O CAPD não, só tem os horários, pára nos horários, faz a troca e aí pronto, me sinto muito bem, estou achando ótimo o CAPD e praticamente eu não tenho mais problema.*

*É uma maneira que os médicos descobriu que eu acho que é bem melhor que HD. Porque na máquina quando eu fazia hemodiálise eu sofria muito, eu sempre sentia muito mal, minha pressão caía e eu vomitava muito, passava muita dificuldade. As vezes eu tomava quatro bolsas de sangue por semana. Quase morro na máquina, entendeu? Em casa passava mal direto, ficava magra... magra... magra... eu era outra pessoa, não tinha disposição pra fazer nada. Eu as vezes fico a noite assim preocupada com o aparelho, (refere ao catéter na barriga) pra não ter que voltar pra essa máquina, pra não ter que tá tomando furada. Não quero ser crucificada com essas agulhas. Como eu sei que posso correr o risco de acontecer isto, eu faço o impossível pra não voltar pra HD. Porque eu não gostava da HD eu ficava na máquina assustada!... Você vê uma pessoa passar mal, você também fica com medo, só de ver pode também passar mal, pois sabe que tá na mesma situação.*



*Pra mim foi dez o CAPD, não quero voltar mais de jeito nenhum pra hemodiálise. Daqui... só para um transplante. Tem gente que não dá na máquina e que tem medo do CAPD, então eu digo, que tome coragem e faça, pois o CAPD é bem melhor que fazer hemodiálise, é incomparável. Eu acho mesmo que é o melhor tratamento pra quem tem insuficiência renal crônica e que eu nunca precise ir pra máquina*

**5ª Idéia Central (4)**  
**Auto-confiança**

**DSC: Auto-confiança**

(E7; E8; E9; E18)

*Eu sou uma doente alegre, não me entrego, sabe? não me aborreço com nada, não. Mas eu espero voltar...com Fé em Deus. Eu confio em Deus e acredito que vou ficar curada pra voltar a ter uma vida normal. Que eu não vou ficar vivendo pelos outros, eu podendo cuidar de minha vida eu volto, se a doença não me atacar mais*

*Eu aconselho as pessoas que tem medo de fazer CAPD, que tome coragem e faça como eu e tenha Fé em Deus porque vai dar certo.*

#### **4.2.1. Discussão do Tema II**

Os discursos mostram que na fase inicial desse procedimento, o CAPD é referido como desagradável, indesejável, ou mesmo um sacrifício imposto ao estilo de vida do doente renal. Mostram que houve uma mudança significativa em suas vidas tanto em relação a sua liberdade de sair, em função dos horários impostos pelas trocas, como também pelo incômodo do líquido permanentemente em seu peritônio, causando-lhes uma sensação de plenitude gástrica e, ainda, o comprometimento da auto-imagem. Porém, há o reconhecimento de que, apesar das dificuldades, o procedimento é necessário para sua sobrevivência e essas declarações são referidas como problemas de adaptação ao CAPD.

PETUCO (1998), relata as mesmas dificuldades encontradas nos pacientes ostomizados, na fase inicial do processo.

Concordamos com BARBOSA (1993), quando afirma que o estar doente é uma experiência que requer um aprender e uma convivência com a doença, e que o doente precisa se acostumar com a doença.

Esta autora acrescenta, ainda, que considerando as peculiaridades da doença renal, do tratamento e do quanto o prognóstico está interligado ao seu sucesso, o doente passa a coexistir com a doença e esta passa a fazer parte do seu mundo. Portanto, é de suma importância que o renal crônico em uso de CAPD, aceite a doença e, principalmente, o tratamento para que tenha uma melhor qualidade de vida.

Passada essa fase inicial, os Discursos mostram que a grande maioria dos entrevistados demonstrou que o uso do CAPD resgatou muitas coisas que a doença renal crônica ou os outros procedimentos anteriormente utilizados, havia retirado de seu cotidiano, tais como: trabalho, estudo, afazeres domésticos, alimentação livre, passeios, viagens e outros. Esta técnica propiciou-lhes a sensação de normalidade e a possibilidade de terem uma vida, o mais próximo possível, das pessoas sadias ou em condições normais de vida.

Muitos dos entrevistados referem a utilização do CAPD como sendo uma vitória pessoal, uma escolha certa do método e o comparam a outros métodos de diálise vivenciados. Quando isso acontece estabelecem comparação positiva deste em relação aos anteriores. Referindo que houve melhora da qualidade de vida por terem se tornado pessoas mais alegres, dispostas e com liberdade de ir e vir para qualquer lugar e a qualquer hora, passaram a se sentirem donos de suas próprias vidas.

Portanto, apesar de serem pessoas portadoras de doença renal crônica, a utilização do CAPD lhes dá uma sensação subjetiva de qualidade de vida. Porém, os discursos também evidenciaram a consciência dos entrevistados quanto as suas responsabilidades e participação na execução criteriosa do procedimento para sua eficácia.

Apesar da melhora evidente em suas vidas, após terem adotado o CAPD, os doentes renais ainda concentram suas expectativas na possibilidade da realização de um transplante renal (TR), por se tratar de uma terapêutica mais definitiva. Para ROMÃO JUNIOR (1995), o TR é, sem dúvida, o melhor tratamento de IRC, e deve ser realizado o mais rápido possível, mesmo antes da uremia terminal e da instituição da terapêutica dialítica. Ainda, segundo SILVA et al (1995), estudos têm mostrado que, dentre as terapias de substituição renal, é o transplante é a modalidade que oferece melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Comungando com esse raciocínio BARBOSA (1993), refere que o TR é aguardado com ansiedade pela maioria dos doentes renais crônicos por se tratar de uma terapêutica definitiva. Outro mérito que a esta modalidade é conferido é o de propiciar, a este, paciente, uma melhor perspectiva de vida. E se for realizado com sucesso, o paciente não mais precisará se submeter ao tratamento dialítico.

Em suma, a melhora na qualidade de vida, que pode oferecer a CAPD, induz à auto-confiança e à auto-estima, o que ficou manifestada na representação social das falas que mostram a confiança resgatada do sujeito coletivo de que irão retomar tudo que com a doença fora perdido, ou seja, a busca da retomada da normalidade de sua vida.

O mesmo sentimento de autoconfiança e autodeterminação foram encontrados por PETUCO (1998) no seu estudo. Esta autora relata que os pacientes terem passado por uma situação difícil, de enfrentamento de uma doença grave, a morte ou sentimento de grande perda, passado o choque, ocorre uma descoberta: um forte impulso de viver, o amor e o valor de se ter vida, que até então não era percebido. É quando passam a se sentir agradecidos por Deus ter poupado a vida. É desencadeada, então, uma energia e uma luta para que a vida seja mantida e vivida da melhor forma possível. Esta nova forma de encarar o problema reduz, significativamente o estresse emocional, impulsionando a pessoa para a realização de cuidados importantes para manutenção da saúde física e emocional.

**3ª QUESTÃO: Depois da doença e do tratamento , como ficou o relacionamento com sua família?**

#### **4.3. TEMA III: Relacionamento Familiar**

Idéias centrais	*15. Melhora da relação familiar	*7. Sem alteração na relação familiar
-----------------	----------------------------------	---------------------------------------

\* Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia- Central

**1ª Idéia Central (15)**  
**Melhora da Relação Familiar**

#### **DSC: Melhora da Relação Familiar**

(E1; E2; E4; E5; E6; E7; E9; E10; E12; E14; E15; E16; E17; E21; E23)

*O relacionamento com a família depois do CAPD ficou maravilhoso, melhor que era antes, todos me papricam, aumentou bem a atenção comigo, eles tomam mais cuidado com a gente e tudo. Se minha família já me amava, agora depois da doença, sinto mais amada ainda. Eu tenho que agradecer que eu recuperei em primeiro lugar a Deus e segundo a minha família que é muito boa pra mim. Meu pai é bom, mas minha mãe é uma maravilha, é uma benção, é uma mãe amiga, é tudo pra mim, é quem me ajuda. O marido é bom, os filhos também muito bons, Graças a Deus. Não é todo brasileiro que tem a sorte que eu tenho de ter pessoas que ajudam e adora, por isso são tão importantes e fundamentais na minha vida.*

*Meus filhos é um braço direito meu, até que eles ficou mais constante comigo né? eu não tenho que falar deles, ficou tudo bem. Não mudou nada, só não me ajuda mais porque não tem condição. Mas em casa me ajuda, alguns vão todos os dias lá em casa, as vezes vai duas vezes no dia, eles não mora perto, mas vai fazer tudo todos os dias lá em casa.*

*Também ficou uma maravilha com o pessoal da igreja. Depois do CAPD eles começaram a entender o que é uma pessoa renal crônica, descobriu que não é aquela coisa tão amedrontada. Eles começaram a ver eu fazer CAPD tomando bastante água, bebendo suco que não podia, ficaram muito alegres e falaram que era pra mim ter feito isto desde o começo. Ficou bem melhor também porque fico perto da família o tempo todo.*

*Graças a Deus minha família me deu muito apoio e se dedicou inteiramente a mim, eles se preocupam muito comigo e ficam assim: já tomou remédio? Tá sentindo alguma coisa? Meus irmãos estão sempre ligando pra saber como é que eu estou. Acho o apoio da família e dos amigos muito importante. Agora tá tudo bem e eu sei que minha família mata e morre por mim.*

### 2ª Idéia Central (7)

#### Sem Alteração na Relação Familiar

#### DSC: Sem Alteração na Relação Familiar

(E3; E8; E11; E13; E18; E19; E22)

*A relação com a família ficou bem, igual ao que era, não mudou em nada. Eles receberam a doença e o tratamento muito preocupados, que eles se preocupam muito comigo, eles saem e ficam telefonando. Mas, ficou a mesma coisa, não tem dúvida nenhuma, eles dá assistência, não mudou nada.*

*Eu acho que o paciente precisa de todo afeto... todo carinho, se existe uma compreensão, um certo amor, ajuda muito no tratamento, principalmente o emocional. Tem hora que eu sinto assim...um pouco triste, as vezes nervosa, não depende de mim, não sei se a doença em si deixa o paciente um pouco nervoso. Inclusive os médicos conversou com meu esposo na época que eu ia ficar um pouco nervosa, pra ter paciência, mas, eles tá rente comigo, aceitaram e são amáveis como sempre foram.*

*Graças a Deus meus filhos me dá o maior apoio, e meu marido também. Toda minha família me dá apoio.*

### 4.3.1. Discussão do Tema III

Os Discursos denotam a expectativa dos pacientes na proteção da família, a necessidade do apoio familiar para se sentirem mais seguros e confiantes. Apontam para o estabelecimento de uma melhora na relação familiar após o processo do tratamento por CAPD, por este ser realizado em casa. Este fato oferece aos pacientes a oportunidade de permanecerem mais perto do companheiro(a) e filhos, permitindo cuidarem deles de forma mais conveniente. Fica evidente, nestas falas, que os pacientes descobrem o amor que a família nutre por eles, o que os torna mais fortes e confiantes. Mostram também que passam a responsabilizar a sua melhora, primeiro a Deus e depois a este apoio familiar.

Ainda podemos perceber nestes Discursos a preocupação dos filhos e irmãos, à medida em que perguntavam seguidamente por eles e dos cuidados que deveriam adotar para que não esquecessem a medicação à ser tomada. Observou-se também o apoio dos filhos, manifestado através da ajuda nos afazeres domésticos, nas visitas constantes daqueles que moram separados dos pais.

Dados semelhantes a estes foram encontrados por BOFF (1999), no estudo que realizou sobre mulheres com câncer de mama. O autor coloca que o apoio psicológico dos filhos algumas vezes assume como que um papel materno. PETUCO (1998), no estudo sobre pacientes ostomizados, comenta que a rede de apoio estabelecida ao redor do indivíduo, oferecida pelos familiares e pessoas mais próximas, é fundamental para o ostomizado, devido a influência que exercem no processo de enfrentamento da situação. Segundo a autora, a ausência, ou mesmo, a deficiência deste suporte, traz sérios riscos e dificuldades para sua recuperação e aceitação. As pessoas que possuem um bom apoio do cônjuge, especialmente dos filhos, pai, mãe e amigos conseguem superar melhor a situação.

Em sintonia com esta mesma maneira de pensar, BARBOSA (1993) afirma que o fato de receber o apoio das pessoas queridas faz com que o doente se sinta melhor. A doença de uma certa maneira, é da família e quando os familiares estão presentes, oferecendo apoio constante a dor do doente renal crônico é compartilhada, diluída.

Poucos pacientes entrevistados não referiram melhora na relação familiar após o CAPD, pois manifestam que o apoio, a preocupação, e os cuidados dos familiares com eles foram mantidos.

Autores como FLORES SILVA et al. (1996), chamam a atenção para o fato de como um processo de doença pode afetar não apenas o doente, mas também a família, porque a situação proporciona aos familiares sentimentos de ansiedade e insegurança. O membro da família que ficou doente é visto como o ponto frágil da estrutura familiar, o que suscita variados sentimentos que podem favorecer a integração, aproximação, mudanças na personalidade e ameaças individuais e coletivas, uma vez que o doente passa a representar cuidados especiais e gastos que implicam em mudança na dinâmica social e da família.

#### **4ª QUESTÃO: E com seus amigos? Como está sua relação com eles?**

#### **4.4. TEMA IV: Relacionamento com os amigos**

<b>Idéias Centrais</b>	<b>*8. Melhora no relacionamento com os amigos</b>	<b>*6. Sem alteração no relacionamento com os amigos</b>	<b>*5. Dificuldade no relacionamento com os amigos</b>
------------------------	--	--	--

\*Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia- Central

**1ª Idéia Central (8)**  
**Melhora no relacionamento**  
**com os amigos**

**DSC: Melhora no relacionamento com os amigos**

**(E1; E4; E6; E7; E9; E14; E19; E21)**

*Minha relação com os amigos é ótima e melhorou bastante quando soube que eu tinha essa doença, me deram mais atenção e apoio, não me falta visitas. Todos sabem do meu problema e Graças a Deus, eles aceita. A relação com eles é normal, sabe do meu tratamento, me ajudam, me incentivam, entendeu? só que eu nunca cheguei a mostrar o catéter a eles, porque pra explicar como é o CAPD, tem que levar lá em casa que eles não entendem, ficam perguntando: como é? fica tudo querendo saber como é?*

*Eu não aceito que eles falam que eu tou doente, eu quero que eles esqueçam esse negócio de CAPD, porque eles me protegem muito na escola ou na rua, é pra mim não pegar peso, não quer que eu vá no quadro por causa do giz, da poeira, não deixa eu fazer nada.*

*Eu tenho amigo que ficou desesperado no início, até chorou minha falta na doença, mas depois ficou bem e me deram apoio, ajudou pra mim vencer a batalha, nenhum correu de mim não, todo mundo ficou unido comigo. Os amigos também achou ótimo o CAPD, porque eu tou perto deles. Graças a Deus! Ni amizade, eu tenho muito boa. Não mudou nada não.*

*Eu descobri muito mais amigos, descobrir pessoas novas. Até que eu crio mais amizade quando eu venho pra aqui (clínica de diálise), o povo me trata muito direito, eles me aceitaram como eu era e eu tenho maiores amizades aqui.*

**2ª Idéia Central (6)**

**Sem alteração no relacionamento com os  
amigos**

**DSC: Sem alteração no relacionamento com os amigos**

**(E2; E5; E8; E11; E13; E15)**

*Com os amigos ficou a mesma coisa, não tenho o que falar, foi tudo normal, todos vão lá me visitar e me deram apoio. No início, ficou tudo assim desesperado, todo mundo ficou triste quando soube, porque eu sou uma pessoa muito querida*



*pelo povo, mas, sempre me dando apoio, pra eu não desanimar, pra seguir em frente que tinha Fé em Deus, que eu ia miorar, como eu recuperei, Graças a Deus.*

*Agora tá bem, dentro da maneira como eu conduzo a minha vida, entendeu? tem muitos amigos meus que não tem a menor idéia que eu tenho esse problema. Mesmo que saiba que eu tenho, mas não ver diferença porque eu continuo frequentando todos os grupos, aquela gozação de sempre, né? mas eu não ligo mais pra isso... eu sou um cara que sou muito brincalhão, sou um cara que as vezes até esqueço que sou doente no meio do pessoal, mas tá sempre dentro da gente que a gente tem que tomar cuidado que a gente tá com aquilo. Eu sou uma pessoa que tem gente que diz assim: você é doente nada... tá brincando. Eu digo: é... Deus é que sabe....*

*Não fico dentro de casa, porque se eu ficar, eu não fico bem, né? tem que sair pra conversar, dialogar, pra descontrair e esquecer um pouquinho.*

*Eu não tenho muitos amigos, mas os que eu tinha, continua do mesmo jeito, e Graças a Deus eu tou bem com eles tudo.*

### **3ª Idéia Central (5)**

#### **Dificuldade no relacionamento com os amigos**

#### **DSC: Dificuldade no relacionamento com os amigos**

**(E3; E10; E12; E18; E23)**

*Já com os amigos ficou mais fraco, né? Os amigos continua a mesma coisa, eu é que tenho que me afastar um pouco, porque não dar pra ter a vida normal de sempre, eu era uma alegria com eles, hoje eles chega na minha casa eu não tenho mais aquela alegria que eu tinha. Vários amigos não sabem que eu tenho insuficiência renal crônica, eu não gostaria de compartilhar não, porque as vezes, alguns acham que a gente não tem possibilidade de fazer determinada coisa e eu particularmente não gosto disso, eu gosto de me sentir igual a todo mundo,*

*entendeu? alguma amiga íntima assim...sabe ou algum amigo, mas são poucos, a maioria não sabe.*

*Tem muita amizade falsa hoje em dia, a maioria das vezes a gente nem tem amigo, só tem amigo, quando a gente tem dinheiro, trabalho e saúde. É, diminuiu os amigos depois dessa doença, mas não era amigo, né? amigo é aquele que fica com a gente pra o que der e vier.*

#### **4.4.1. Discussão do Tema IV**

Percebemos no Discurso “ Melhora no relacionamento com os amigos” que houve uma melhora significativa no relacionamento após o tratamento por CAPD. Resultados semelhantes foram encontrados por BONFIM (1996), em estudo sobre transplantados renais.

Também MARTINS, FRANÇA, KIMURA (1996), no estudo sobre Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, relatam que não houve interferência no relacionamento com os amigos devido à doença crônica.

Entretanto, a literatura nos mostra, na maioria dos estudos, que as doenças crônicas, de uma maneira geral, leva a um afastamento ou perda dos amigos por parte dos doentes (TRENTINI, SILVA e LEIMANN 1990; TRENTINI e SILVA 1992; PETUCO 1998; MACHADO 2001).

Evidenciamos nesse Discurso como é importante para o doente renal crônico o apoio e a aceitação das pessoas queridas e mais próximas, nessa sua nova maneira de viver. Principalmente se esta aceitação estiver isenta de qualquer de qualquer sorte de discriminação, mesmo aquela que signifique proteção pela sua condição atual.

BARBOSA (1993), em seu estudo sobre doentes renais crônicos em uso de hemodiálise, também identificou a importância desses doentes sentirem-se apoiados por pessoas amigas. O essencial para eles é que essas pessoas estejam ao seu lado, ajudando-lhes a carregar este fardo.

Este sujeito coletivo credita a melhora no relacionamento com os amigos pelo fato do CAPD permitir que eles saiam mais, dediquem mais tempo ao grupo de amigos, por deixá-los mais descontraídos, fazendo com que até esqueçam a condição

de doente. Quando estão com o grupo, é uma situação que muito lhes agrada, pois gostariam de se sentirem igual aos outros.

BARBOSA (1993), ainda identificou que embora os doentes renais crônicos procurem viver como as outras pessoas, reconhecem que algumas limitações fazem parte do seu viver, não só em decorrência da doença,mas do tratamento por hemodiálise. Aprendem a ter consciência de que o tratamento é algo que requer um certo sacrifício, mas que, a partir daquele momento, faz parte do seu viver, de forma inexorável. A autora conclui que os vínculos com a família, amigos e a própria equipe de hemodiálise são de grande importância no convívio desses doentes com a nova realidade.

Pode-se, ainda, destacar nesse Discurso que o renal crônico, nesse novo processo de reaprender a viver com o CAPD, redimensiona seus parâmetros de normalidade e quer que os amigos esqueçam sua condição de doente, o aceitem e estejam próximos, sem a obrigatoriedade de protegê-lo. Nesta nova maneira de conduzir a vida, o doente age com os amigos como se nada tivesse mudado, pois não quer que eles sintam nenhuma diferença do seu novo viver. E assim, dizem sentirem-se muito bem e, até, ter conquistado novas amizades.

Poucos doentes renais crônicos, em uso de CAPD, referiram dificuldade de relacionamento com os amigos; os que a isto se referiram, consideram o afastamento natural, em razão do temor de não serem aceitos pelo grupo e, também, pela sua mudança de comportamento: era alegre e hoje não consegue mais ser. Mas, mesmo o sujeito coletivo reconhecendo como sua a responsabilidade na incapacidade de lidar com a nova situação perante aos amigos, ele também considera que os amigos que se afastaram é porque não eram amigos realmente.

## 5ª QUESTÃO: E o seu trabalho? Como está indo?

### 4.5. TEMA V: Trabalho

Idéias Centrais	*13 Parou de trabalhar em consequência da doença e tratamento	*16 Disposição para o Trabalho
-----------------	---	--------------------------------

\*Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia- Central

**1ª Idéia Central (13)**  
**Parou de trabalhar em consequência da doença e tratamento**

#### **DSC: Parou de trabalhar em consequência da doença e tratamento**

(E1; E3; E4; E5; E7; E8; E9; E10; E12; E13; E15; E19; E21)

*Eu trabalhava antes, e gostava muito de trabalhar, mas deixei logo depois que eu descobrir a doença, por causa das caimbras, porque não posso pegar peso e também eu tinha muito exame.*

*Eu tou tão envolvida com esse negócio (refere ao CAPD) que eu não trabalho, quem me sustenta são meus pais e o dinheiro da aposentadoria. Minha vida é normal, só não faço trabalhar, porque não aguento e os trabalhos que eu sei fazer eu não posso fazer. Melhor dizendo, eu só esquento a cabeça por causa de serviço.*

*Se for o caso de trabalhar hoje eu até poderia, pois dos rins eu não sinto nada, nada ia me empatar, mesmo as trocas não me atrapalha.*

**2ª Idéia Central (16)**  
**Disposição para o Trabalho**

#### **DSC: Disposição para o Trabalho**

(E1; E2; E5; E6; E7; E8; E11; E14; E16; E17; E18; E19; E20; E21; E22; E23)

*Com o CAPD melhorou bastante, eu tenho mais disposição e até já voltei ao trabalho que antes não dava. O CAPD não atrapalha em nada de trabalhar. Hoje é bem melhor para o trabalho. Eu estou tomando conta das minhas coisas direitinho, vou para a loja no horário certo e fico o dia todinho lá. As vezes fico tão despreocupado que eu até esqueço, passo o dia todo no trabalho. Em casa faço as coisas normalmente, porque eu sempre trabalhei mesmo. Eu lavo a roupa, passo vassoura na casa, lavo prato e faço comida. E ainda corto e costuro para mim e meu pessoal mesmo. Às vezes bordo e faço croché. Ainda faço meus bicos, vendendo roupas e bijuterias. Também trabalho com artesanato: faço velas artesanais, sabonetes, entre outros.*

#### **4.5.1. Discussão do Tema V**

No Discurso “Parou de trabalhar em consequência da doença e do tratamento” pode-se perceber claramente que os renais crônicos referem ter deixado de trabalhar por causa da doença que os impossibilitava de pegar peso. Outro motivo apresentado é o fato de que as coisas que sabiam, não podiam fazer. Também referem à dificuldade de trabalhar devido à quantidade de exames a que eram obrigados a submeterem, bem como ao CAPD que lhes tomava muito tempo. Que estavam vivendo financeiramente da aposentadoria e da ajuda da família.

Segundo MACHADO (2001), o trabalho é característica peculiar e inerente ao ser humano e fundamental para que o homem tenha percepção de si e entenda sua existência como ser humano. Assim, a impossibilidade de realização pessoal obtida por meio do trabalho, como também o sentimento de improdutividade causam frustração e constrangimento.

A partir do momento que o indivíduo se vê impossibilitado de trabalhar, ele então percebe sua limitação, sentindo-se descontente e incapaz como ser humano. Entende que dependerá de outras pessoas financeiramente e também para desenvolver atividades que antes eram-lhe corriqueiras.

É ainda a MACHADO (2001), que reforça essa idéia, quando coloca que a realidade de vida, dos renais em hemodiálise estudados é responsável por um

cotidiano monótono e restrito, pois que as atividades que, anteriormente, podiam realizar agora já não podem mais, diante desta nova realidade. Algumas vezes esta constatação serve de motivo para abatimento e manifestação de descontentamento, visto que o doente passa não só a depender de outras pessoas para atividades corriqueiras e financeiras, como também percebe sua limitação como ser humano.

Sendo o homem um ser biopsíquico social, o processo de trabalho é a ponte que promove a união destas duas ordens. Assim, torna-se impossível separar o indivíduo do seu conhecimento, de sua vivência social, da sua satisfação e realização pessoal. O trabalho, ao mesmo tempo que exige dele força e energia, ou seja, um desgaste físico e psíquico, o satisfaz, tornando-o produtivo e necessário.

A parte final do Discurso revela um desejo explícito do sujeito coletivo de voltar ao trabalho. A justificativa para isso é a de que já sente em condição de voltar a trabalhar por não sentir mais nada nos rins e que o CAPD não atrapalharia. Procura evidenciar que houve uma melhora sintomática da doença, e que o sujeito coletivo, após um certo tempo de CAPD, já consegue estabelecer os horários das trocas de acordo com a sua vida.

Segundo BARBOSA (1993), o fato de manter-se ocupado, sentir-se útil, não ficar sem fazer nada, é uma das maneiras de conviver com a doença. A autora ainda acrescenta que a ocupação era uma estratégia utilizada pelos doentes, por ela estudados, para não ficar pensando na doença, para não se entregarem a ela, pois isso significaria uma desistência de viver.

O segundo Discurso “Disposição para o Trabalho” inicia-se enfatizando a melhora da qualidade de vida do paciente pelo uso do CAPD que permitiu seu retorno as atividades anteriores, uma vez que passou a se sentir mais disposto para o trabalho, e, assim estar em plenas condições de poder trabalhar e de ficar no trabalho o tempo que fosse necessário. Revela sentir-se bem por sentir-se útil, produtivo e independente por poder trabalhar, tomar conta do seu próprio negócio e poder viver as suas próprias custas sem depender de outras pessoas.

Pode-se destacar, ainda nesse Discurso, a satisfação por voltar a fazer as atividades corriqueiras do lar e também por poder fazer outros tipos de trabalho que

lhes rendam algum dinheiro, ficando evidente, a necessidade do indivíduo de poder viver às próprias custas: física e financeiramente.

As atividades domésticas como cuidar da casa, do marido e dos filhos, em nossa cultura, são peculiares ao gênero feminino; as mulheres foram educadas para desempenharem essas atividades no lar. Portanto, no âmbito do mercado de trabalho como na vida privada, as atividades das mulheres são sempre aquelas que envolvem cuidados. Se a doença as impossibilita de desempenharem este papel, elas passam a viver numa relação de dependência dos outros o que as leva a sentirem-se impotentes (FERNANDES 2001; MACHADO 2001).

Entretanto, se a doença as levar ao afastamento do mercado de trabalho, mas oferecer a oportunidade de desempenharem as atividades domésticas, elas sentirão menos constrangidas pela oportunidade de ocupação do tempo e da percepção da capacidade individual como ser humano, o mesmo não acontecendo com os indivíduos do sexo masculino, como relata MACHADO (2001).

Estudos têm mostrado que as melhores qualidades de vida e as maiores probabilidades de emprego dentre as terapias de substituição renal está em primeiro lugar o transplante. Quando se compara hemodiálise com CAPD, alguns estudos têm sugerido que a qualidade de vida é moderadamente melhor nos doentes renais em CAPD e que esses têm 2,6 vezes mais chances de estarem empregados que os doentes renais em hemodiálise (SILVA et al. 1995).

## **6ª e 7ª QUESTÕES:**

**6ª - O que você faz no seu tempo livre?**

**7ª - Como é hoje para você viajar, passear e/ou andar?**

### **4.6. TEMA VI: Lazer e Locomoção**

<b>Idéias Centrais</b>	<b>*19. Normalização da vida social</b>	<b>*16.Limitação da Locomoção pelo CAPD</b>
------------------------	---	---

**\* Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia Central**

**1ª Idéia Central (19)**  
**Normalização da vida social**

**DSC: Normalização da vida social**

(E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E12; E14; E15; E16; E17; E21;E22; E23)

*Graças a Deus, para uma pessoa humilde, eu tenho uma vida maravilhosa. Depois que eu comecei a fazer CAPD é totalmente diferente, eu pensava ser uma coisa ruim, mas não é, é normal. Minha vida melhorou 100% da doença para agora. Eu ando normalmente, passeio e viajo. Minha vida é normal, não fico parada não. Passeio muito, ando de moto, dirijo, ando de bicicleta, ando até de cavalo, só precisa ter cuidado pra não cair, mas nada me empata.*

*Nos finais de semana saio com os amigos e com o namorado. Gosto muito de ir em festas, de dançar, de shows e de namorar. Meu namorado sabe todo meu problema e entende, por isso eu tou feliz. Ainda vou nas festas da Igreja, participo das apresentações, toco guitarra, faço apresentações na cidade mesmo e em outra cidade vizinha.*

*Às vezes vou a casa dos colegas jogar um buraquinho pra distrair ou para ficar conversando com o pessoal, eu tenho muitos amigos e minha relação com eles é ótima.. Gosto também de assistir televisão, ver as notícias, as novelas e todos os programas, tem até uma televisão em meu quarto para eu assistir na hora das trocas. Leio muito. Procuro saber mais sobre minha doença e como me cuidar e leio também a Bíblia E ainda mexo um pouco com computador.*

*Pra viajar eu pego minhas caixas certinhas, coloco no carro atrás e vou embora, passo dias ou semanas e faço as trocas lá. O local que eu vou é limpo e forrado, também se não for pra um local assim e não der pra mim ir, eu fico. O CAPD não me atrapalha em nada, não sinto nada.*

*Se você não adaptar sua vida a realidade, fica difícil. Se o paciente renal crônico não tentar se divertir, esfriar a cabeça, procurar outras coisas pra fazer ele acaba ficando louco, porque é muita coisa que acontece, você tem que se adaptar a sua realidade, sair e se divertir*



**2ª Idéia Central (16)**  
**Limitação da Locomoção pelo CAPD**

**DSC: Limitação da Locomoção pelo CAPD**

(E1; E3; E4; E5; E6; E8; E10; E11; E12; E13; E15; E18; E19; E20; E21; E22; E23)

*Gente doente nunca tem aquela alegria, porque tem tanta coisa que quer fazer que não pode. Eu gosto de sair, gosto de passear, gosto de viajar, gosto de trabalhar, gosto de divertir e não posso.*

*Depois desse tratamento por CAPD me prendeu muito, por causa do tempo, porque a gente tem que ter os horários certos de tá em casa pra fazer as trocas, que são quatro vezes por dia.*

*Eu não saio muito pra passear, se sair pra perto é bom, mas se for longe pode passar do horário e é ruim pra mim mesma ou então eu tenho que voltar logo. E ficou difícil também porque eu sou uma pessoa que não tem carro, e que gosta de cumprir meus horários. Gosto das minhas coisas direita, sei que tenho precisão daquilo, que só vivo daquilo, então essa coisa é muito importante pra mim. Eu gostava muito de praia, mas não posso ir, falo do banho de praia que não pode por causa do catéter que fica implantado, né? por causa da infecção. E também não posso mais jogar bola.*

*Viaja pra um lugar longe é complicado, por causa do tratamento, se a viagem é de dois dias, como é que eu vou fazer as trocas no meio do caminho? aí eu fico com medo, eu prefiro não ir ou então, tem que ir de avião. Eu nunca mais viajei depois do tratamento, vontade eu tenho de viajar, mas não posso viajar pra demorar, eu tenho que ir e voltar no mesmo dia, porque não é qualquer lugar que eu posso fazer a diálise. Tem que ser uma casa forrada, um canto certo e muito limpinho. E não é todo canto que a gente vai que tem um ambiente saudável pra fazer as trocas. Pra chegar lá e fazer em qualquer lugar, não dá, porque eu tenho muito medo de pegar infecção. E ainda tem que levar todo o material e os medicamentos das trocas. Aí então, fica ainda mais difícil, porisso, eu quetei e nunca mais viajei.*

*Agora pra andar é normal, só atrapalha por causa do tempo, porque a gente tem que ter horário de tá em casa .*

#### **4.6.1. Discussão do Tema VI**

No Discurso “Normalização da vida social” percebemos o quanto a qualidade de vida do paciente melhorou com o CAPD. Ele sente que agora pode ter uma vida normal, que nada mais o impede de divertir-se, sair, passear, viajar, estar com os amigos e com o parceiro que sabe do seu problema e o entende e que agora pode ser feliz. O paciente diz e percebe sua vida agora como “normal”, comparando com o momento em que ficou doente para agora depois do CAPD.

No final do Discurso observamos que o sujeito coletivo passa a aceitar a doença e o CAPD como algo presente e inevitável em sua vida, procurando adaptar-se de várias maneiras a essa nova situação, incluindo o lazer, como uma estratégia para enfrentar essa nova realidade.

Segundo alguns autores, os doentes com doenças crônicas procuram buscar nesse novo processo de adoecer, estratégias que propiciam mudanças de comportamento nos seus estilos de vida e nas formas de pensar e refletir sobre a doença, buscando construir nova identidade social, incorporando um novo padrão de vida, inclusive incluindo o lazer que antes não era valorizado a esta nova vida e descobrindo o quão preciosa e significativa a vida ainda pode ser (BARBOSA 1993; FERNANDES 2001).

O segundo Discurso “Limitação da locomoção pelo CAPD” parece contrapor ao anterior. Nele podemos perceber que o renal crônico sente que o CAPD tolhe sua liberdade para passear e viajar em consequência da periodicidade das trocas, que são quatro vezes por dia. E este diz que só vai para os lugares que ofereçam segurança para as trocas, com receio de ter infecção, e não é todo lugar que tem um ambiente propício, forrado e higienizado, para realizar o procedimento, por isso prefere não sair para lugares longe de casa.

Fica evidente que o CAPD não atrapalha a atividade física ou de lazer por incapacidade ou indisposição do doente e sim pela periodicidade que deve ser realizado e por ser um procedimento que exige determinados cuidados de higiene na sua execução o que dificulta ser realizado em local que não seja o apropriado, causando no doente o receio de afastar do seu ambiente e não encontrar as condições favoráveis a sua execução o que poderia colocar em risco não somente o seu tratamento, pois poderia adquirir uma infecção, mas também a sua própria vida, pois sabe que depende desse tratamento para sobreviver.

Segundo MACHADO (2001), as percepções e atitudes frente à doença devem ser consideradas, mas independentemente da gravidade do quadro clínico, são manifestadas de modo individual e particular. Advêm do contexto social e cultural sobre o entendimento individual ou coletivo percebido pelo doente a respeito do processo saúde-doença e de crenças e valores relacionadas a este processo.

Ainda pode-se destacar nesse Discurso sobre “Limitação da locomoção pelo CAPD”, que embora não tenha sido objetivo nosso avaliar a interferência da situação financeira dos renais crônicos no CAPD. Esse dado é evidente nesse Discurso onde aparece que quanto mais baixa a condição sócio-econômica do renal em uso de CAPD mais obstáculos eles referem para as viagens e os passeios.

Como aparece no Discurso, os renais crônicos com nível social mais baixo foram os que referiram que os lugares para onde iam não tinham casa farrada, e ambiente propício para as trocas, também relataram a falta de carro como obstáculo para as viagens e passeios, pois além de ser difícil transportarem o material para as trocas, há o risco de atraso dos horários para o procedimento, o que seria prejudicial ao tratamento. E ainda referem a impossibilidade de viagens longas pela dificuldade de realizarem as trocas no percurso e que essas só poderiam se fossem de avião, ficando implícito nessa fala do sujeito coletivo a impossibilidade do acesso a esse meio de transporte pelo seu alto custo.

## QUESTÃO 8: Como é sua alimentação?

### 4.7. TEMA VII: Alimentação

Idéias Centrais	*19 Melhora na Alimentação	*12. Restrição Alimentar
-----------------	----------------------------	--------------------------

\* Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia- Central

**1ª Idéia Central (19)  
Melhora na Alimentação**

#### **DSC: Melhora na Alimentação**

(E1; E4; E5; E6; E7; E11; E12; E13; E14; E16; E17; E18; E19; E20; E21; E22; E23)

*Depois do CAPD a alimentação melhorou muito, antes eu não comia nada, eu me alimentava bem pouco, depois do CAPD eu posso comer tudo, e eu estou me alimentando muito bem, até já engordei! Muita coisa que não podia comer por causa do potássio, depois do CAPD pode tudo, porque elimina o potássio na bolsa. Até água de coco eu já tomo que eu não tomava. Hoje eu não tenho nenhuma dificuldade na alimentação, todas as frutas é liberada e as verduras que antes não podia, hoje eu como normalmente. O mamão e a laranja é bom para o intestino funcionar bem, porque quando o intestino não funciona o CAPD tem hora que pára. Até uma cervejinha, uns dois copos, eu já posso tomar se quiser. Gosto muito de tomar água que antes era muito limitado e agora pode tomar à vontade.*

*Ave Maria! Hoje com o CAPD a alimentação ficou ótima, eu como tudo que você imagina e não sinto nada.*

**2ª Idéia Central (12)**  
**Restrição Alimentar**

**DSC: Restrição Alimentar**

(E1; E2; E3; E7; E8; E10; E13; E14; E16; E17; E18; E22)

*A natureza trancou pra tudo quanto é comida. Não tenho apetite nenhum, parece que a boca tira todo o apetite, é só três ou quatro colherzinhas de comida e assim mesmo tenho que tá com um copo de laranja pra tá bebendo pra descer, senão eu enguio.*

*Tem algumas restrições: algumas frutas e algumas verduras eu não posso comer, porque tem uma quantidade muito alta de potássio.*

*Ainda tem o problema da Hipertensão que eu não posso comer nem sal nem gordura. O sal da comida é só pra batizar, e as comidas pesadas e frituras eu não como porque tenho que me cuidar por causa pressão alta.*

*E ainda tem o problema do Diabetes, que tem de controlar com a dieta e eu controlo.*

#### **4.7.1 Discussão do Tema VII**

Destaca-se nesse Discurso “Melhora da Alimentação” que o paciente sente que sua alimentação depois do CAPD voltou à normalidade; ele coloca que agora pode comer livremente de tudo o que quiser e que não sente nenhum mal, refere ter melhorado muito o apetite e que até ganhou peso depois desse tratamento. Tudo o que era proibido antes em consequência da insuficiência renal fora liberado depois do CAPD, como as frutas, verduras e principalmente a água que era muito limitada e agora é ingerida livremente. Ainda refere com satisfação a cerveja e água de coco que eram totalmente proibidas e hoje já podia tomar com uma pequena restrição.

Já o segundo Discurso parece contradizer o primeiro, mas na realidade não o faz, pois observa-se que a restrição alimentar referida por esse sujeito coletivo nesse Discurso é atribuída na maioria das falas às patologias associadas à sua doença renal como: diabetes mellitus, hipertensão e cardiopatias.

## QUESTÃO 9. Como está sua vida sexual?

### 4.8. TEMA VIII: Sexualidade

Idéias Centrais	*15. Alteração da sexualidade	*8.Sexualidade sem alteração
-----------------	-------------------------------	------------------------------

\* Número de pessoas que apresentaram a mesma Idéia-Central

**1ª Idéia Central (15)  
Alteração da sexualidade**

#### DSC: Alteração da sexualidade

(E1; E2; E3; E6; E9; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E18; E19; E20; E21; E23)

*Eu não posso dizer que na vida sexual eu faço o que eu fazia antes, certo?*

*A minha vida sexual ativa diminuiu muito, porque eu tinha muito preconceito que não me aceitasse, por eu ser uma paciente renal crônica. E além disso, no início do CAPD foi um pouquinho difícil, eu fiquei meia assim, envergonhada daquele catéter ali do lado e com essa barrigona de soro, que a gente sente cheia, só pode deitar mais de lado e não aguenta nada, então eu pensava: Vichi! Nossa Senhora! vai me largar. Eu acho ruim porque a barriga fica grande né? As roupas tem que ser mais folgada porque a barriga fica grande. Antigamente eu só usava bermuda e jeans, agora não posso usar, porque aperta a barriga e não pode, mas eu já acostumei com a roupa e eu só uso saia.*

*Eu não continuo a mesma coisa, porque é totalmente diferente quando a gente coloca um aparelho, né? Mas o catéter não atrapalha em nada, a vontade é que não tá a mesma coisa, diminuiu muito. Só de vez em quando acontece. Mas nada, que a gente conversando não se acerte.*

*Eu era um camarada muito ativo, de uns tempos pra cá, coisa e tal, foi assim diminuindo... diminuindo, mas eu acho que é porque eu sou diabético e hipertenso e a medicação que eu tomo para pressão é um dos principais motivos que diminuiu a vontade. Mas, não está bem não é por causa do CAPD, é outros problemas que já tinha antes da doença renal. E acho também que não sinto mais vontade, eu ainda gostaria de ir num médico pra ver o que é isso.*

**2ª Idéia Central (8)**  
**Sexualidade sem alteração**

**DSC: Sexualidade sem alteração**  
 (E2; E4; E5; E7; E8; E10; E17; E22)

*Graças a Deus, minha vida sexual ficou ótima depois do CAPD, não atrapalha em nada.*

*Não mudou nada, está normal. No início meu parceiro tinha medo do catéter, agora ele já acostumou, não incomoda mais não. Ele sempre foi compreensível e continua do mesmo jeito.*

*Minha preocupação desde que eu implantei o catéter era que meu parceiro sexual não me aceitasse e queria saber se o catéter em meu corpo atrapalhava, se ele deixava de sentir alguma coisa por causa disso. Porque eu queria me sentir bem e queria fazer com que meu companheiro, se sentisse bem também. Ele falou, que eu nunca pensasse isso, que ele esquece, e nem parece que eu uso e que eu também faça de conta que não tenho nada. A gente não vai esquecer porque ele tá aqui, mas eu realmente consigo fazer com que ele ache que não tem nada ali que nos atrapalhe.*

#### **4.8.1. Discussão do Tema VIII**

Para o sujeito deste estudo a vida sexual, após o CAPD, foi interpretada de duas maneiras; para uns a atividade sexual no início do tratamento foi percebida como difícil e embaraçosa, e para outros, que não mudou em nada pois o catéter implantado em seu corpo não atrapalha sua vida sexual.

Nesse Discurso, embora o sujeito coletivo referir que o cateter não atrapalha, percebe-se nas falas que sua atividade sexual está relacionada à sua imagem corporal. A grande preocupação entretanto desses renais é com a estética, de que o companheiro não os aceite com o cateter implantado em seu corpo, em virtude da distensão abdominal provocada pelo líquido dialítico na cavidade abdominal.

O catéter de Tenckhoff, implantado na cavidade abdominal do paciente para a execução do CAPD, é o primeiro sinal e a marca física sempre presente de que o indivíduo é um doente renal crônico. Isto leva o indivíduo a se sentir estigmatizado e, também, receoso, por se tratar de um corpo estranho que pode causar-lhe sérias complicações. Estes sentimentos podem vir a comprometer o seu tratamento e, conseqüentemente, a sua sobrevivência. Além desse atributo não desejável, porém indispensável a esse tipo de procedimento, o renal crônico em CAPD ainda tem que aprender a conviver com o líquido de diálise freqüentemente em sua cavidade peritoneal.

Constatamos, neste Discurso, que o paciente, após essas transformações ocorridas em seu corpo, reflete sobre as mudanças ocorridas no seu modo de vestir, e isto leva também ao comprometimento da sua auto-imagem e conseqüentemente auto-estima.

Concordamos com WOODS (1975) apud CLAPIS (1996) quando afirma que a maneira pela qual o indivíduo percebe seu corpo pode influenciar o auto conceito sexual. A pessoa que percebe não ser atrativa ou louvável, provavelmente evitará situações sociais, podendo, ainda, sentir-se inadequada em seu relacionamento sexual. Estes fatores podem levá-la a se isolar daqueles que potencialmente estão chocados ou desgostosos com sua aparência.

Nessa mesma linha de pensamento SILVA (1994), em seu estudo com mulheres mastectomizadas, descreve que a auto-imagem corporal da mulher é construída pela experiência, ao longo da vida, e é influenciada pela condição sócio-econômica, psico-espiritual, emocional, bem como pela família e pelo ambiente social. O tipo de filosofia de vida adotada e/ou assimilada pela pessoa. Essas experiências podem repercutir significativamente na vida da pessoa, influenciando as atitudes e o comportamento de forma satisfatória ou não. Quando vivenciadas de forma satisfatória, estas influências são demonstradas pela aparente segurança interior, pela confiança nas relações interpessoais, pelo senso de responsabilidade, assim como pela esperança e disposição necessárias e suficientes à manutenção do impulso criativo.



A autora ainda complementa este raciocínio, dizendo que a mulher mastectomizada a adotar tende ainda a adotar mecanismos de proteção e de compensação, criando condições para garantir certa aceitação pessoal e social, além de procurar reafirmar sua participação no meio em que vive. Ao tentar fazer isso, ela resguarda seu corpo operado e emocionalmente machucado, imprimindo assim, novos significados para suas relações pessoais, a partir da reinterpretação da imagem corporal (SILVA 1994).

Já que o efeito do catéter de Tenckoff e do líquido, dialisante no peritônio causam alterações significativas na auto-imagem corporal do renal crônico - que podem afetar no seu relacionamento sexual-, acreditamos que esses reflexos sobre sua vida conjugal dependem muito da qualidade do relacionamento sexual e envolvimento emocional de ambos antes do CAPD, pois isso depende de como o companheiro aceita essa nova condição de vida do cônjuge.

Quando o casal já apresentava um relacionamento difícil antes, o relacionamento conjugal torna-se ainda mais complicado no momento de enfrentar uma situação de doença e com repercussões na sexualidade de ambos. A falta de apoio, aceitação, compreensão e carinho, por parte do companheiro, acaba por afetar a auto-estima, comprometendo o relacionamento sexual que se torna desestimulante (SILVA & MAMEDE 1998 apud FERNANDES 2001).

A imagem-corporal e a auto-estima são construídas ao longo da vida. Por isso no estudo sobre mulheres mastectomizadas esses mesmos autores afirma que a mastectomia desconstrói, de maneira abrupta essa imagem corporal, a mulher precisa de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal, que se distanciou do ideal esperado. O mesmo acontece com o renal crônico em CAPD, pois ele também tem que assimilar e reconstruir essa sua nova aparência de forma positiva, pois a maneira como ele percebe seu corpo pode também influenciar o auto-conceito sexual.

BIFFI apud FERNANDES (2001), compartilha desse mesmo pensamento em seu estudo e acrescenta que a rotina do casal estabelecida, há anos, contribui significativamente para a inexistência de mudanças no relacionamento, visando ao apoio, compreensão e ao diálogo.

Podemos destacar nesse Discurso que alguns renais crônicos responsabilizam a diminuição do seu desempenho sexual ao uso de anti-hipertensivos e a outras patologias associadas ao Diabetes mellitus e à Hipertensão arterial.

Vários estudos, segundo OLIVEIRA JR. (1989), comprovaram que a falta de aderência ao tratamento anti-hipertensivo se deve principalmente aos efeitos colaterais dessas drogas, destacando entre esses, notadamente os da esfera sexual.

Entretanto, para VELOSO (1986), alguns medicamentos anti-hipertensivos potencialmente podem produzir alterações sexuais (tiazídicos, espironolactona, reserpina, guanetidina, metildopa, clonidina, propranolol, hidralazina, prazosin, disopirâmida, clofibrato e probucol). Sendo que aqueles que menos afetam a sexualidade são os diuréticos tiazídicos, hidralazina e o prazosin. Porém a avaliação dos efeitos dos medicamentos sobre a sexualidade ainda é muito difícil, por causa de outros fatores que estão associados, a exemplo de constrangimento dos pacientes na abordagem do assunto, o grande número de variáveis que afetam a sexualidade e a obtenção de parâmetros objetivos para avaliar estas alterações.

Para OLIVEIRA JR. (1991) os efeitos das drogas anti-hipertensivas sobre a sexualidade masculina, estão muito melhor documentadas e compreendidas. Nas mulheres esta relação é feita por analogia, já que as drogas que afetam o interesse sexual o fazem por ação sobre o cérebro, portanto seria semelhante em ambos os sexos.

Esse mesmo autor acrescenta que o médico deve certificar-se de que a disfunção sexual decorre realmente do uso da droga. Se isso for constatado a diminuição, ou mesmo, a mudança do medicamento está indicada, uma vez que os efeitos adversos dos anti-hipertensivos são sempre reversíveis. Dessa forma, os aspectos psicológicos podem ser responsáveis pela disfunção sexual dos hipertensos pelos mitos que ainda cercam essa doença, como: hipertensão como sinal de envelhecimento, que a excitação e o orgasmo podem precipitar o aumento da pressão arterial e as informações que recebem de outros pacientes de que o medicamento anti-hipertensivo provoca disfunção sexual. Nesses casos, uma conversa franca pode desfazer os mitos sobre hipertensão.

Além das drogas anti-hipertensivas e/ou dos aspectos psicológicos que podem ser os responsáveis pelas queixas sexuais dos pacientes hipertensos, para OLIVEIRA (1991), o diabetes mellitus, insuficiência renal e vasculopatias, também, podem ser responsáveis diretos pela disfunção sexual .

## V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

**“Com certeza, não existe a possibilidade de se mudar o mundo, mas, é possível que o homem transforme sua posição diante do mundo ao vivenciar o drama individual de cada um no mundo” (KOSIK, 1986).**

O indivíduo, com Insuficiência Renal Crônica em programa de CAPD, é levado pelas circunstâncias a conviver diariamente com o fato de que é portadora de uma doença crônica, incurável. O sucesso do seu tratamento dialítico é de sua inteira responsabilidade e, tal consciência vai repercutir, tanto na sua qualidade de vida como na sua sobrevivência.

Considera-se ter optado pela metodologia adequada ao escolher uma abordagem qualitativa e o método do Discurso do Sujeito Coletivo para demonstrar os aspectos da qualidade de vida desses doentes renais em uso da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD). A fala dessas pessoas, enquanto indivíduos sociais, possibilitou perceber de que maneira este método de diálise interfere no seu bem estar e no seu modo de viver.

Como foi visto na literatura, a qualidade de vida das pessoas portadoras de doença crônica, está diretamente relacionada com o modo como o indivíduo convive com a doença e o tratamento, bem como à aceitação e adaptação a essa nova realidade, que não foi escolhida por ele, mas que agora faz parte do seu viver. Outros aspectos que interferem significativamente nesta qualidade de vida são o trabalho, lazer, alimentação, sexualidade, convívio social, e relacionamento familiar.

Com esse conhecimento antecipado da interferência desses fatores na qualidade de vida das pessoas renais é que procuramos investigar em nossos doentes renais como estavam sendo conduzidos esses aspectos em suas vidas depois do uso da CAPD.

A partir da análise dos Discursos, podemos considerar que a CAPD proporciona uma melhor qualidade de vida aos doentes renais crônicos estudados pelos seguintes resultados encontrados:

Resgate, para o doente renal, da sensação de “normalização da sua vida cotidiana:” a grande maioria dos entrevistados referiram disposição e liberdade para desempenharem suas tarefas do dia-a-dia. Uma vez que a CAPD lhes propiciou a oportunidade de estarem em suas casas o tempo todo praticando os afazeres domésticos e usufruindo da companhia de seus familiares, tornou-se também possível o voltar a trabalhar, estudar, participar de festas, passeios e viagens.

Pela “Satisfação do Doente Renal com o CAPD,” os doentes renais relatam a melhora da sua condição física e do bem estar com o uso desse método. Informam que o CAPD foi uma vitória por ter contribuído para melhorar sua qualidade de vida.

Pela “Comparação Positiva que os Doentes Renais fazem desse Método em Relação aos Anteriores Experimentados”. Os doentes renais dizem que o CAPD é melhor do que a HD e que não querem nunca mais voltar para a máquina. Eles relatam os aspectos negativos vivenciados na HD, como: tempo em que são obrigados a permanecerem na clínica para realização da diálise, as punções repetidas para o acesso venoso à cada sessão, o medo do hemodialisador, os temores da contaminação do seu próprio sangue por ser um procedimento extra-corpóreo, o mal-estar e a fraqueza que sentiam após a hemodiálise, o que os obrigava a tomarem sempre sangue.

A melhora no “Relacionamento Familiar” foi marcante para os doentes renais depois do CAPD, por ter propiciado que eles estivessem perto da família o tempo inteiro, obtendo deles o cuidado e, ao mesmo tempo compartilhando do seu dia-a-dia, recebendo o apoio tão indispensável à sua recuperação.

Pode-se ressaltar também a “Melhora no Relacionamento com os Amigos,” que assim como a família, o apoio e a aceitação pelos amigos foi considerado, pela maioria dos renais crônicos estudados, de fundamental importância para o sucesso desse tratamento. Relataram que este relacionamento melhorou após o CAPD por este método ter propiciado mais tempo para se relacionarem com os amigos, mais

disposição para participarem de atividades com o grupo, a exemplo de passeios, festas, encontros para bate-papos, shows, viagens, entre outras.

Destacou-se claramente a “Disposição para o Trabalho,” os indivíduos renais em CAPD deixaram evidente sua disposição para o trabalho após a CAPD, e a maioria deles já buscou retornar às suas atividades; nem sempre aos empregos formais, mas outras maneiras informais de trabalho.

Também enfatizaram o aspecto “Normalização da Vida Social”. Relatam que voltaram a vida social como era antes da doença, pois agora depois da CAPD nada os atrapalha de sair, passear, viajar, ir as festas, shows, namorar, entre outras. Ressaltam que conseguiram adaptar suas vidas a essa nova realidade que estão vivendo, que, após este tratamento sentem que podem ter uma vida normal.

Uma das grandes satisfações relatadas por esses doentes renais com a CAPD e percebidas por nós, foi em relação a “Alimentação”. Este foi um dos aspectos em que a grande maioria referiu que melhorou muito depois da CAPD, pois eles puderam voltar a comer livremente e beber água à vontade. Por ser o CAPD por ser um processo contínuo, elimina todo o excesso de impurezas e de líquidos ingeridos através do líquido dialisante permanentemente no peritônio. Os poucos doentes renais que se referiram a alguma restrição alimentar, esta questão estava associado a outras patologias de que também eram portadores. Bem poucos, por estarem no início do CAPD, apresentarem quanto à alimentação.

Quanto a “Sexualidade”, as opiniões se dividiram, pois alguns referiram diminuição mas não a atribuem a CAPD, mas a outros problemas, como: doenças associadas (diabetes e hipertensão), uso de antihipertensivos, além de outros motivos que disseram serem anteriores a CAPD. Outros referem não terem tido alteração na sexualidade depois da CAPD. Este fato só ocorre após o parceiro ter-se acostumado com o catéter; em suma, este não atrapalha em nada o relacionamento sexual.

Como verificado na literatura devido ao aprimoramento técnico e científico no tratamento dos doentes renais crônicos, o aumento da sobrevida desses pacientes mantidos em programas de diálise hoje é uma realidade. A exigência, agora, é que lhes seja proporcionada uma melhor qualidade de vida. Como profissionais que

valorizam o ser humano, é preciso saber o impacto do tratamento dialítico na capacidade funcional e no bem-estar desses pacientes renais em suas dimensões física, mental, social e espiritual, respeitando a singularidade de cada pessoa e garantindo-lhe o direito de escolher e decidir qual o método de diálise que trará maior bem-estar a sua própria vida.

SCHRAMM (2001) interpretando o pensamento de Kant, diz que para o sujeito ser autônomo é necessário que seja livre, isto é, que faça suas livres escolhas, embasado em princípios morais, que também devem ser escolhidos livremente: essa seria uma condição necessária para a responsabilidade. Portanto, é dever de todo indivíduo buscar sua autonomia moral e ao mesmo tempo respeitar a autonomia dos outros.

Diante disso, e mediante às variadas alternativas de diálise para o paciente renal, cabe à nós, profissionais de saúde, prestar as informações sobre os tipos de tratamento existentes, assim como seus benefícios, riscos e inconvenientes possíveis. A nós também cabe a responsabilidade de adequar essas informações a cada paciente, de acordo com o seu caso, condições sociais, psicológicas e culturais. É necessário que ele mesmo faça a sua opção e decida qual a forma de diálise que lhe trará uma melhor qualidade de vida.

E se depois de um certo tempo de tratamento, houver uma mudança de opinião quanto à sua escolha, esta também deve ser respeitada e não interpretada como falta de estabilidade ou que foi tomada erroneamente no primeiro momento. Deve-se considerar que a visão daquele paciente naquela época pode ser diferente da que ele hoje apresenta sobre qual o melhor procedimento para a sua vida.

Vimos, ainda, que além do CAPD, existem outros métodos de diálise que podem ser empregados em casa, a Diálise Peritoneal Automatizada (DPA), que também favorece melhores condições de vida ao doente renal. Trata-se de uma técnica que pode ser realizada à noite, por uma máquina, durante o sono do paciente. Ainda não está acessível em nosso país, pelo seu alto custo, e não ser financiada pelo SUS. Diante disso, sentimos a necessidade de lutarmos pela implementação de políticas de saúde que visem, não apenas ao aumento da sobrevida desses doentes mas, e principalmente, busquem a qualidade de vida desses indivíduos.

Esta pesquisa, ressalta-se, apresenta caráter exploratório, tem como objetivo identificar e descrever os aspectos da qualidade de vida dos renais crônicos em CAPD. Por não ter caráter conclusivo, não pára por aqui: deve continuar na busca de alternativas que proporcionem a esses doentes renais uma melhor qualidade de vida.



## VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Abensur H. Adequação em Diálise Peritoneal Automática. In: Cruz J; Barros RT; Mazzarolo Cruz HM, coordenadores. **Atualidades em Nefrologia 5**. São Paulo: SARVIER (Comissão Editorial ITA Pfeferman Hcilberg); 1998. p.250-75
- 2- Abensur H. Tratamento substitutivo da função renal na década de 90. **J. Bras Nefrol** 1994; 16(3): 134-136.
- 3- **Anuário da Classificação dos Municípios Bahianos**: indicadores selecionados. Bahia; 1996.
- 4- **Anuário Estatístico de Feira de Santana**. CDL, v.1. Feira de Santana; 1998.
- 5- Assumpção Junior FB, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha ENG. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI- Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé). Validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. Neuropsiquiatr.** 2000; 58(1): 119-27.
- 6- Associação Paulista dos Renais Crônicos. **A Insuficiência Renal e o seu Tratamento: um guia para o paciente renal crônico**. São Paulo; 1995.
- 7- Augusto LG da S. Qualidade de vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. **Ciências & Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 27-28.
- 8- Bahia. Leis etc. Decreto n.7.546 de 24 de março de 1999. Aprova o Regimento da Secretaria do Estado. **Diário Oficial do Estado**, Salvador, 1999 mar 24; SESAB: p.17-28.
- 9- Barr JT. The outcomes movement and health status measures. **J Allied Health.** 1995; 24: 13-28.
- 10- Barbosa JC. **Compreendendo o ser doente renal crônico**. Ribeirão Preto; 1993.[ Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

- 11- Barreto ML, Carmo EH. Tendências Recentes das Doenças Crônicas no Brasil. In: Lessa I. **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade-Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1998. p.15-27.
- 12- Beeney LJ, Bakry AA, Dun SM. Patients psychological and information need when the diagnosis is diabetes. **Patient Education and Conseling**. 1996. 29: 109-16.
- 13- Bellodi PL. **Contribuição das técnicas de exame psicológico ao estudo de pacientes com insuficiência renal numa unidade de diálise infantil**. São Paulo; 1994 [Dissertação de Mestrado– Instituto de Psicologia da USP]
- 14- Boff RA. **Repercussões psicossociais associadas à terapeutica cirúrgica de mulheres com cancer de mama**. São Paulo; 1999.[Dissertação de Mestraado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 15- Bonfim MF. **Transplantados renais: desafios e enfrentamentos**. Bahia; 1996. [Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia].
- 16- BRASIL. Decretos n.879, de 22 de julho de 1993. Regulamenta a Lei n.8.489, de 18 de novembro de 1992, que dispõe sobre a retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos, e humanitários. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.139, 23 jul 1993. Seção 1. p.10298.
- 17- BRASIL.Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992.Dispõe sobre a retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 nov. 1992. Seção 1.n.223
- 18- BRASIL. Decretos n.2.268, de 30 de julho de 1997. Regulamenta a Lei n 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, Dispõe sobre a retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.123 1 de jul 1997. Seção 1, p.13739.

- 19- BRASIL.Lei n.9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n25. 5 de fev 1997. Seção 1, p.2191-3.
- 20- BRASIL.Lei n **10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei n.9.434, de 4 de fevereiro de 1997**, que dispõe sobre a retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano com fins terapêuticos e científicos Senado Federal. Subsecretaria de Informação. [on line]. Disponível em: [http:// www1.senado.gov.br/servelets/NJUR](http://www1.senado.gov.br/servelets/NJUR). [2002 jul 11]
- 21- Brunner LS, Suddart DS. **Tratamento dos pacientes com distúrbios renais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico; p. 1009-1119
- 22- Burckhardt CS et al. Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. **Res. Nurs. Health**. 1989; 12(16): 347-54.
- 23- Cesarino CB. **Paciente com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: Atividade educativa do enfermeiro**. 1995. [Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP]
- 24- Ciampone MHT. **Grupo Operativo- construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem**. São Paulo; 1998. [Tese Livre Docência- Escola de Enfermagem da USP].
- 25- Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma NR.. Tradução para a língua portuguesa do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). 1999. **Rev. Bras. Reumatologia**.39 (3):143-50.
- 26- Clapis MJ. **Qualidade de vida de mulheres com cancer de mama: uma perspectiva de gênero**. Ribeirão Preto; 1996. [Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP]
- 27- Costa SIF, Oselka G, Garrafa V (Organizadores).**Iniciação a Bioética**. Brasília: Cons. Federal de Medicina, 1998.

- 28- Cox S. Grief reactions - How I coped emotionally with diabetes in my family. **Psrofessional Care of mother & child**, , 1994; 4(5): 139-41.
- 29- Crocker, D. Qualidade de Vida e Desenvolvimento: O enfoque normativo de Sen e Nussbaum. **Lua Nova**. 1993; 31: 99-133,.
- 30- Daugirdas JT e Ing TS. **Manual de Diálise**. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996.
- 31- D'Avila DO, Figueredo AE. Métodos de Depuração Extra-Renal: Hesmodiálise, Diálise Peritoneal e Novas Tecnicas. In: Riella MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.607-45.
- 32- Ebraim S. Clinical and Public Health Perspectives and applications of Health-related Quality of Life Measurement. **Soc Sci Med**. 1995; 41(10): 1383-94,.
- 33- Farquhar M. Elderly People's definitions of quality of life. **Soc Sci Med**. 1995; 41(10): 1439-46.
- 34- Frayman L.; Cukiert A.; Forster C.; Ferreira VB.; Buratini JA. Qualidade de Vida de Pacientes submetidos a Cirurgia de Epilepsia. **Arq. Neuropsiquiatr**. 1999. 57(1): 30-3.
- 35- Fernandes AFC. **Cancer de Mama: Influência da cultura no enfrentamento e no processo da cura da doença para um grupo de mulheres**. Ribeirão Preto; 2001. [Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].
- 36- Fleck MPA, Leal OF, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**. 1999; 21(1): 19-28.
- 37- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento

- abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref). **Rev Bras Psiquiatr.** 2000; 34 (2): 178-83.
- 38- Flores Silva Y, Franco MC (org). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa Livro, 1996.
- 39- Fortes PAC. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos.** São Paulo: EPU, 1998.
- 40- Fortes PAC. **Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido** [online]. Disponível em: <http://www.clm.org.br/revista/bio2v2/reflexões.htm>>[2001agosto 31].
- 41- Frayman L, Cukiert A, Forster C, Ferreira VB, Buratini JÁ. Qualidade de vida de pacientes submetidos a cirurgia de epilepsia. **Arq. Neuropsiquiatr.**,1999; 57(1): 30-3.
- 42- Galvão S. O que acontece com a hemodiálise? **Revista do INCOR.** 1997; 3(28): 16-25.
- 43- Garcia JMA, Zacarias JI, Angeles RR, Galván JV, Salcedo AF. Diálisis peritoneal e infección. **Rev Sanid Milit Méx.**1994; 48 (5): 118-121.
- 44- Gianchello AL Health outcomes research in Hispaniccs / Latinos. **Journal of Medical Systems.** 1996; 21(5):235-254.
- 45- Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3ª ed.. São Paulo: Atlas, 1989.
- 46- Gómez GGV. Aspectos quirúrgicos de la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA). **Cirujano General.** 1995; 17 (1): 30-33.
- 47- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS et al. (Org.) **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis- RJ: Vozes; 1994. p. 67-80
- 48- Gonçalves LHT, Dias MM, Liz TG de . Qualidade de Vida de idosos independentes, segundo proposta de avaliação de Flanagan. **Mundo Saúde.** 1999; 23 (4): 214-20.

- 49- **Grande Enciclopédia Larousse Cultural**. São Paulo: Nova Cultura; 1998.24v.
- 50- Gualda DMR. Humanização do processo de cuidar. In: Cianciarullo TI.; Fugulin FMT.; Andreoni S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. C&Q. São Paulo. Ícone. 1998. P.23-30.
- 51- Hinmam AR. Quantitative policy analysis and public health policy: a macro and micro view. **American Journal of Preventive Medicine**. 1997; 13(1): 6-11.
- 52- Hyder AA, Rotlant G, Morrow RM. Measuring the burden of disease: healthy life-years. **American Journal of Public Health**. 1998. 88(2): 196-206.
- 53- [IBGE] Fundação IBGE. **Contagem da População: 2000**. Rio de Janeiro; 2001.
- 54- Kant I. **Fundamentos da metafísica dos costumes**. Trad. Henkel LQ. Rio de Janeiro: Ediouro, sd..In: *Grundlegung ZUR Metaphysik der Sitten*. Berlin: AK-Bd.IV.
- 55- Katz JN; Larson MG; Phillips CB; Fossel AH; Liang MH. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments.**Med Care**. 1992. 30: 917-925.
- 56- Kimura M. **Tradução para o Português e Validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers**. São Paulo; 1999.[Tese de Livre-Docência-Escola de Enfermagem da USP].
- 57- KOSIK K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- 58- Lakatos EM, Marconi Ma. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1995
- 59- Lefevre F, Lefevre AMC, Teixeira JJV. **O discurso do sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Educs; 2000.

- 60- Lefèvre F e Lefèvre AMC. **DSC passo a passo.**[texto on line] 2000a. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/quali-saude> [2000 Nov 15 ]
- 61- Lefèvre F e Lefèvre AMC. **O Processo de Desparticularização dos Discursos e o Resgate do Sujeito Social.** [texto on line] 2000b. Disponível em: <http://fsp.usp.br/quali-saude> [2000 Nov 15]
- 62- Lefèvre F, Simione AMC. **Recuperando a fala do social.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP. 1998. (Série Monográfica n.9- Eixo - Promoção de Saúde)
- 63- Lessa I. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. In.: **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade- Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.** HUCITEC/ABRASCO. Rio de Janeiro. 1998. P. 29-42.
- 64- Lessa I. Outras Doenças Não-Transmissíveis de Importância Social. In.: **O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade- Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.** Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 1998. p.181-201.
- 65- Levine DZ. **Nefrologia: Cuidados do paciente com doenças renais.** São Paulo: Roca, 1985
- 66- Lima AFC. **O Significado da Hemodiálise na Qualidade de Vida do Paciente Renal Crônico.** São Paulo; 2000. (Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem da USP).
- 67- Liss P. On Need and Quality of Life. In: **Nordenfelt L. Concepts and measurement of Quality of Life in Health Care.** Dordrecht, Boston, London, Kluwer Academic Publishers. 1994. P. 63-78
- 68- Lok P. Strssors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. **Journal of Advanced Nursing.** 1996. 23: 873-81.
- 69- Machado LRC. **A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica em hemodiálise: entre o inevitável e o casual.** São Paulo; 2001. [Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem da USP]

- 70- Massola VC. Métodos dialíticos. In: Cruz j , Praxedes JN , Cruz HMM. **Nefrologia**. São Paulo: Sarvier; 1995. p.201-26.
- 71- Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. **Rev Latino-am Enfermagem**. 1996; 4 (3):5-18.
- 72- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1999.
- 73- Minayo MCS (Org), Deslandes FS, Neto OC, Gomes R. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
- 74- Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000; 5 (1): 7-17.
- 75- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS [on line]. Apresenta: **Sist.de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabcgi.exe?sia/pasp.def> (2001 ago 1)
- 76- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS[on line]. Apresenta: **Sist.de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabcgi.exe?sia/pabr.def>(2001 ago 1).
- 77- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. DATASUS [on line]. Apresenta: **Sist.de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabcgi.exe?sia/paba.def> (2002 set 24)
- 78- Moreira PR de R, Ferreira S, Almas ACG, Peralva LEL. Infecção do orifício de saída; uma complicação importante na diálise peritoneal ambulatorial contínua. **J Bras Nefrol** 1996; 18(4): 348-355.
- 79- Moscovici S. **Representação Social da Psicanálise**. Rio des Janeiro: Fahaar, 1978
- 80- Motta DG da. **A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com Diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo; 1998. [Tese de Doutorado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 81- MS. FNS. CENEPI. **Mortalidade no Brasil, 1994**. Brasília;1997



- 82- Nassar SM, Gonçalves LHT. A confiabilidade da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, versão em português. In: **Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul, Foz do Iguaçu, 1999**. Foz do Iguaçu 1999 (Resumos).
- 83- Nobrega SM. **O que é Representação Social?** Paris:[s.n.].1990 (mimeo)
- 84- Oliveira AGC. **Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família**. São Paulo. 1994. [Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo]
- 85- Oliveira DC de . Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Rev de Ciências Humanas**. 2000; EFUFSC; Florianópolis. (Edição Especial Temática): 47-65..
- 86- Oliveira JR. W de .Hipertensão arterial e sexualidade. **Arq Bras de Cardiol**. 1991; 56(5): 349-54.
- 87- Oliveira JR. W de .Os efeitos da terapia anti-hipertensiva sobre a qualidade de vida. **Arq Bras de Cardiol**. 1989; 52 (3): 111-13.
- 88- Oppenheim R. **Fiquei diabético, e agora?** 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- 89- Paschoal SMP. **Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião**. São Paulo, 2000. (Dissertação de Mestrado- Faculdade de Medicina da USP).
- 90- Pereira SR. **Qualidade de vida da criança renal crônica submetida a tratamento por diálise peritoneal intermitente – Estudo de caso**. São Paulo; 1993. [Dissertação de Mestrado – Escola Paulista de Medicina].
- 91- Pessini L, Barchifontaine CP. **Problemas Atuais de Bioética**. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Loyola, 2000.
- 92- Pestana JOM , Ramos OL, Afzen H. Guia clínico para o transplante renal. **J Bras Nefrol**. 1992; 14(2): 66-86..
- 93- Petuco VM. **A Bolsa ou a Morte: Enfrentando a Ostomia**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP]

- 94- Pitta AMF. Qualidade de vida de clientes de serviços de saúde mental. Apresentação de um instrumento de avaliação – Winconsin- Quality of Life Index – W-QLI. **Rev Psiq Clin.** 1999; 26 (2) : 68-77 (Edição Especial).
- 95- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Informe sobre o desenvolvimento humano.** Brasília. 1998. p.288
- 96- Ribeiro LC et al. **Controle das doenças crônico-degenerativas na rede de serviços de saúde.** Brasília. Ministério da Saúde. 1987.
- 97- Ribeiro R de CHM. **A condição de vida de idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico.** Ribeirão Preto; 2000. [Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP]
- 98- Riella MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos.** 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. Insuficiência Renal Crônica; 456-76
- 99- Rocha HA. A nefrologia no Brasil: alguns aspectos de sua evolução histórica. **J Bras Nefrol.** 1993; 15(4): 107- 5.
- 100- Romão MAF. **Qualidade de Vida de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Programa de Hemodiálise.** São Paulo; 2001 (Dissertação de Mestrado- Escola Paulista de Medicina da USP).
- 101- Romão Junior JE. Insuficiência Renal Crônica. In: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. **Nefrologia.** São Paulo: Sarvier; 1995. p.187-200.
- 102- Ruffino-Neto A. Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate.** 1992 Jul .35: 63-67
- 103- Schramm FR. **A autonomia difícil** [periódico on line] Disponível em: <http://www.clm.org.br/revista/bio1vc/autodifícil.htm>>[31 de agosto de 2001].
- 104- Segre M, Silva FL, Schramm FR. **O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia.** [periódico on line] Disponível em: <http://www.clm.org.br/revista/bio1v6/conthistórico.htm>>[2001 agosto 31].
- 105- Servo MLS. **Supervisão em enfermagem: o (re)velado de uma práxis.** Feira de Santana-Ba :Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

- 106- Sesso R. et al. Qualidade de Vida dos Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Terminal. **J Bras Nefrol.** 1987; 9: 24-38.
- 107- Sesso R. et al. Aspectos epidemiológicos do tratamento dialítico na Grande São Paulo. **Rev Ass Med Brasil.** 1994; 40(1): 10-4.
- 108- Silva AJM. **Terra de Sã Natureza – A Construção do Ideal de Cidade Saudável em Feira de Santana (1833-1920).** Feira de Santana; 1977. [Monografia apresentada ao Departamento de Ciência Humanas e Filosofia da Universidade Estadual de Feira de Santana, para grau de Especialista]
- 109- Silva OMM, Pereira LJC, Martinelli R, Rocha H. Fatores de risco para o desemprego entre pacientes submetidos a programas de diálise regular. **J Bras Nefrol.** 1995; 17(1): 47-50.
- 110- Silva RM. **O conviver com a mastectomizada.** Ribeirão Preto; 1994. [Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP]
- 111- Simione AMC. **O gerenciamento de recursos humanos em saúde como processo social.** São Paulo; 1996. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].
- 112- Tamaki EM. Qualidade de vida: individual ou coletiva? (Debatedor). In: Minayo MC de S, Hartz ZM de A, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2000; 5 (1)
- 113- Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of Life Outcomes. **N Engl J Med.** 1996; 334(13): 835-40.
- 114- The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine** 1995; 41(10): 1403-1409.
- 115- Thomé FS, Gonçalves LFS, Manfro RC, Barros EJG, Prompt CA, Karohl C. Insuficiência Renal Crônica. In: Barros E et al., **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento.** 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999a. p.423-40.

- 116- Thomé FS, Karohl C, Gonçalves LFS, Manfro RC. Métodos Dialíticos. In: Barros E et al., **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999b. p.441-59.
- 117- Thompson JM. Quality of life after conventional ileostomy in New South Wales. **WCET J**. 1990; 10 (3): 8-14.
- 118- Trentini M. et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e diabetes mellitus. **Rev Gaucha de Enferm**. 1990; 11(2): 20-7.
- 119- Trentini M, Silva DGV da, Leimann AH. Mudanças no Estilo de Vida Enfrentadas por Pacientes em Condições Crônicas de Saúde. **Rev Gaúcha de Enferm**. 1990; 11(1):18-28.
- 120- Trentini M, Silva DGV da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto contexto Enf**. Florianópolis, 1992; 1(2): 76-88.
- 121- Trivinos ANS. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.
- 122- Veloso C. Efeitos dos medicamentos de ação cardiovascular sobre a sexualidade. In: Vitello N. **Sexologia II**. Comissão Nacional e Sexologia da FEBRASCO. São Paulo: Roca. 1986. p.26-8
- 123- Veras RP, Dutra S. Envelhecimento da População Brasileira: reflexões e aspectos a considerar quanto a definições de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. **Physis**. 1993; 3(1):107-26.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aceito participar da pesquisa “Impacto da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) na Qualidade de Vida dos Doentes Renais Crônicos submetidos a esse Tratamento” em Feira de Santana, da pesquisadora Robéria Lúcia Prates Santos, aluna do Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Fui informado(a) que a pesquisa pretende estudar o impacto da CAPD na qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos a esse tratamento em Feira de Santana. Como participante da pesquisa serei entrevistado uma ou mais vezes pela pesquisadora na clínica de diálise, com duração máxima de 60 minutos e com o auxílio do gravador, sendo essas entrevistas marcadas com antecedência. Caso necessário poderei receber a visita da pesquisadora em minha casa para a continuidade da entrevista.

Sei que tenho liberdade de recusar a participar da pesquisa e de deixá-la, a qualquer momento, sem que isto traga nenhum prejuízo para meu tratamento e acompanhamento na clínica.

Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e que as informações que darei serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa.

Telefone de contato da UEFS: (0XX75) 224.8095/8089

**ANEXO II**

## ANEXO II

### QUADROS DEMONSTRATIVOS DAS QUESTÕES 1 À 10

Os quadros abaixo se referem as questões de 1 a 10 do roteiro das entrevistas, com as expressões chaves por entrevistado e suas respectivas idéias centrais.

#### QUESTÃO 1

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b> 1.1.1-Minha vida como renal crônica eu acho muito difícil.</p> <p>1.1.2-porque a gente sem condição tudo é difícil, mas mesmo assim eu vou levando até o dia que Deus quiser.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 2</b> 2.1.1-No início foi horrível, prefiro a morte, tive até vontade de me suicidar. Quando o médico disse que eu ia fazer hemodiálise eu disse que não, gritando... chorando que eu não queria.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 3</b> 3.1.1- É... eu sinto tristeza porque eu não posso fazer mais nada por causa das vistas também e... e quando eu penso que estou boa dos rins, começa com uma tremura nas minhas pernas, não posso nem andar direito, então eu fico muito triste de ser portadora dessa doença, muito triste.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 4</b> 4.1.1- Ser renal crônica é muito difícil a gente não tem liberdade para sair, para trabalhar, enfim pra viver com a maioria da família, porque assim... Na mesma hora que você tá bem, você já sente uma coisa e tem que tá alí pra falar com o médico, as vezes para aonde a gente vai é longe, então é muito difícil.</p> <p>4.1.2- O problema renal é um problema muito difícil de se viver, só mesmo a gente que tem Fé em Deus e que luta pela sua vida.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Negociação</p>
<p><b>Entrevistado 5</b> 5.1.1-Eu agora tou até conformada com a minha doença, antes eu não me conformava de jeito nenhum.</p> <p>5.1.2-Eu... eu... só vivia chorando, chorava, preocupada, muito nervosa, os médicos disse que eu tava muito nervosa, não queria aceitar minha doença de jeito nenhum.</p> <p>5.1.3-mas gora Graças a Deus eu já aceitei minha doença e Graças a Deus me conformei, eu vou fazer o que, né? na mão de Deus.</p>	<p>Resignação</p> <p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Negociação</p>
<p><b>Entrevistado 6</b> 6.1.1-Dependente de um tratamento, hoje tá melhor né? porque... eu sinto quase normal... é ser doente né?</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 7</b> 7.1.1-claro que a gente fica assustada, né?... pensa que nunca vai acontecer com a gente, né? mas depois... é... aí a gente procurou o que deveria fazer</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.1.1- Pra mim é difícil, é ruim, e não é pouco, porque doença nenhuma é boa, né? mas...eu tou sentindo bem Só que eu tenho problema do rins, problema do coração, de hipertensão, é bastante difícil pra mim.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>



EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 9</b></p> <p>9.1.1- estragou um pouco minha saúde, né? trabalho primeiro lugar, eu não sou mas aquele homem que era antes. Eu trabalhava na roça, eu estou passando uns tempo na cidade até ficar bom e voltar pra minha roça, porque me exigiram uma casa, forrada, com banheiro e tal...e tal...</p> <p>9.1.2- Mas eu pretendo voltar eu já tou construindo uma casa mas ou menos, porque eu não posso pegar peso né? mas eu ainda tem Fé em Deus de voltar ao que era.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Negociação</p>
<p><b>Entrevistado 10</b></p> <p>10.1.1-No início foi um pouco difícil, um pouco não, posso falar que foi muito difícil.</p> <p>10.1.2- mas agora com o tempo você se acostuma, a gente põe na cabeça que tem aquele problema e que a melhor solução é fazer um tipo de tratamento pra poder sentir melhor, pra poder realizar as atividades como mãe, como esposa, como pessoa.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 11</b></p> <p>11.1.1-É difícil, né? doença né, a gente tem que procurar se tratar pra... não é muito bom não, de qualquer maneira é meio difícil.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 12</b></p> <p>12.1.1- Tem que respeitar, né? que eu tenho que me cuidar, né?</p>	<p>Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 13</b></p> <p>13.1.1-Bom, o pior é o problema na cabeça, eu tenho pressão muito alta e enxergo muito mal... mal...mal, vejo tudo escuro.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 14</b></p> <p>14.1.1-No início foi muito difícil pra me, aceitar que eu tive que parar de estudar, parar de trabalhar pra me dedicar só a doença, entendeu? porque prá aceitar... você tem que aceitar a doença na sua vida e... foi difícil.</p> <p>14.1.2-agora com a família, ela é muito importante o apoio da família, dos amigos é muito importante.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 15</b></p> <p>15.1.1-ele não deve só tá esperando pelos médicos, ele deve se cuidar também né? De todo modo ele deve se cuidar</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 16</b></p> <p>16.1.1-foi assustador, mas muito assustador porque eu tive com o médico e ele nos deu assim uma... impressão que parecia que eu ia ficar sentado em casa esperando a morte chegar, e a orientação dele foi muito fraca pra o que eu queria, então... não deu uma orientação como devia...</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 17</b></p> <p>17.1.1-foi muito difícil, ter que aceitar, saber que ia para a máquina um dia...</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>
<p><b>Entrevistado 18</b></p> <p>18.1.1-logo no começo quando eu fiquei sabendo foi um choque, né? eu tinha muito medo.</p> <p>18.1.2-Aí eu acabei aceitando e Graças a Deus eu tou ótima.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 19</b></p> <p>19.1.1-se não existisse a doença seria melhor, né? no início foi difícil como qualquer doença.</p> <p>19.1.2-mas depois, como eu sou religiosa, pedindo muito a Deus, com oração, e eu... estou na luta né?</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p> <p>Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 20</b></p> <p>20.1.1-Eu sinto muito triste de ter essa doença porque eu não posso trabalhar.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.1.1-no início fiquei desesperada.</p> <p>21.1.2-mas depois... me conformei, agente não aceita, né? porque ninguém aceita o problema né? mas me conformei, Deus quis assim, né?</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.1.1-no início sentia muita revolta, muito desespero.</p> <p>22.1.2-mas agora eu tô me conformando, tô me sentindo normal, não tem jeito mesmo... a gente tem que aceitar.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde Resignação</p>
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.1.1-É muito difícil viu? mas tem que aceitar. Eu não achei muito fácil não, é difícil.</p> <p>23.1.2- Mas eu não me sinto mal não, porque eu faço minhas coisas tudo, trabalho de dentro de casa eu faço tudo , não fico cansada, não sinto quase nada sobre o problema.</p>	<p>Dificuldade de aceitar a condição de saúde Normalização da vida cotidiana</p>

## QUESTÃO 2

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b></p> <p>1.2.1-O tratamento tá bem. 1.2.2-eu acho ruim porque as vezes já inflama na barriga...</p> <p>1.2.3-eu acho bom né? porque na máquina, quando eu tava na máquina, eu passava muito mal, passava muito mal mesmo. CAPD é a melhor coisa, porque a gente faz em casa, porque eu tenho medo de passar mal como eu passava.... Com CAPD eu sinto muito melhor. 1.2.4 As vezes a barriga fica dura, quando eu boto líquido que fica muito tempo dói.</p>	<p>Satisfação com o CAPD Desconforto causado pelo CAPD Comparação positiva em relação ao método anterior  Desconforto causado pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 2</b></p> <p>2.2.1 Foi maravilhoso. Eu gosto do CAPD é ótimo... 2.2.2.Mas logo no início do tratamento por CAPD eu ficava com o intestino preso, fazia lavagem tomava lacto purga pra voltar a funcionar</p>	<p>Satisfação com o CAPD Desconforto causado pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 3</b></p> <p>3.2.1-O CAPD no começo eu ficava muito ruim na hora que ia filtrar o sangue né? ficava ruim mesmo me dava uma dor de cabeça que desgovernava o corpo, já no fim eu tava sentindo bem graças a Deus. 3.2.2-Depois do CAPD, eu tô melhor, mais animada, só isso.</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD  Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 4</b></p> <p>4.2.1-É bom. Ele dar liberdade pra a gente se alimentar, beber água. 4.2.2-Mais prende... prende, a gente não pode ter liberdade pra sair, porque é quatro vezes por dia que faz, então é uma coisa que você tem que deixar tudo e fazer o CAPD, pode tá fazendo o que tiver, né? 4.2.3-mas mesmo assim é uma maneira melhor para você viver. 4.2.4- é uma maneira que os médicos descobriu que eu acho que é 70% melhor que HD. Eu as vezes fico a noite assim preocupada com o aparelho, pra não ter que voltar pra essa máquina, pra não ter que tá furando, não quero ser crucificada com essas agulhas, então eu sei que posso correr o risco de acontecer isto, mas eu faço o impossível pra não voltar pra a HD. Porque eu não gostava, de tomar furada, ficar na máquina assustada!... Você vê uma pessoa passar mal, você também fica com medo, só de vê, você pode também passar mal, pois você sabe que tá na mesma situação. 4.2.5-Então eu aconselho, qualquer pessoa que me perguntar, o que eu acho do CAPD? Eu falo que é bom, porque realmente ele é bom, ele dar mais condição de vida para a gente.</p>	<p>Satisfação com o CAPD Desconforto causado pelo CAPD  Satisfação com o CAPD Comparação positiva em relação ao método anterior  Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 5</b></p> <p>5.2.1Graças a Deus eu tou bem... Se eu soubesse que eu ia me dar tão bem eu já tinha feito muito antes... muito antes mesmo. A pressão diminuiu, eu só vivia morrendo, só vivia desmaiando, só vivia passando mal com pressão alta, mas Graças a Deus eu me sinto muito bem agora.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>
<p>5.2.2-Não vou dizer pra Senhora que eu fico feliz porque... eu vou fazer CAPD até o dia que Deus quiser.</p>	<p>Resignação</p>
<p>5.2.3-por enquanto eu fico fazendo o tratamento, fazendo direitinho que nem os médicos pede, com Fé em Deus há de dar tudo certo, e eu peço a Deus pra me dar muitos anos de vida pra criar meus filhos.</p>	<p>Negociação</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 6</b></p> <p>6.2.1-Pra mim, depois do CAPD, foi muito melhor, eu nem lembro que eu tou doente, eu não sinto nada, né? só tem a... o direito de quatro vezes no dia fazer trocas né? tem que tá naquele horário certo... só isso... mas não atrapalha em nada.</p> <p>6.2.2-CAPD é melhor que a Hemodiálise. Melhor porque... só em poder comer tudo... não tomar agulhada, ficar quatro horas numa máquina, ali... filtrando o sangue... um perigo né?... capaz de ser contaminada por alguma coisa né? ninguém sabe... CAPD não...</p> <p>6.2.3-CAPD viaja, o CAPD já tá em casa despreocupada, até engordando eu tô, comendo tudo... porque pode comer tudo.</p> <p>6.2.4- só empatou ir na praia mas dá pra levar.</p> <p>6.2.5- pode tomar uma cerveja.</p> <p>6.2.6-falo do banho de praia que não pode por causa do catéter que fica implantado né? por causa da infecção...</p> <p>6.2.7- mas ainda dá pra botar um biquinizinho e tomar um solzinho de leve..., vai tomando uma cervejinha e vai levando a vida né?</p> <p>CAPD não, tá ali... acorda no horário que quer né? Não trabalhava e hoje eu trabalho, estudo e fico perto de minha filha o tempo todo, ajudando nas tarefas.</p> <p>6.2.8-Pra mim foi dez o CAPD, não quero voltar mais de jeito nenhum pra hemodiálise, daqui... só para um transplante.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p> <p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p> <p>Limitação da locomoção pelo CAPD</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 7</b></p> <p>7.2.1-Ah! Pra me foi uma vitória, né?</p> <p>7.2.2-porque na máquina quando eu fazia hemodiálise eu não sentia bem, eu sempre... sentia mal, minha pressão caía quando eu tava na máquina, teve um dia que eu quase morro, fiquei sem fala, fiquei bem ruim... estou achando ótimo mesmo o CAPD e.. praticamente eu não tenho mais problema</p> <p>7.2.3-porque Graças a Deus, se todo mundo der bem como eu... é uma vitória, acho mesmo importante... importante mesmo.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 8</b></p> <p>8.2.1-o CAPD é bom... Hoje eu faço CAPD e não tenho problema nenhum...</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 9</b></p> <p>9.2.1-Eu achei que melhorei um bando, eu tive estado nervoso, entendeu? tou calmo... depois disso (se referindo ao CAPD) eu tô sentindo normal.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 10</b></p> <p>10.2.1-eu acho que é o melhor tratamento pra quem tem insuficiência renal crônica, que... que eu não precise nunca ir pra máquina.</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p>
<p><b>Entrevistado 11</b></p> <p>11.2.1-Pra me o tratamento é melhor que fazer hemodiálise na clínica, né? que fazer em casa é muito melhor, eu tou em casa, tou trabalhando e na hora certa eu faço a troca.</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p>
<p><b>Entrevistado 12</b></p> <p>12.2.1-Gostei mais, porque na máquina eu passava mal direto em casa..., eu tenho a pressão alta, em um ano minha pressão ficou boa...Graças a Deus.</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p>
<p><b>Entrevistado 13</b></p> <p>13.2.1-O tratamento tá normal, faz quatro trocas no dia. Depois do tratamento eu estou melhor, antes eu não sentia bem não na máquina.</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 14</b></p> <p>14.2.1-no início foi outra dificuldade, porque a primeira vez que eu coloquei o aparelhinho (refere ao catéter) não deu certo... eu fiquei desesperada.</p> <p>14.2.2- porque eu sofria muito na máquina, eu tomava quatro bolsas de sangue por semana, entendeu? e vomitava muito, eu passava muita dificuldade na máquina, eu ficava magra... magra... magra.</p> <p>14.2.3-Depois que eu comecei CAPD foi que minha vida melhorou assim... eu posso dizer que 80%, entendeu?</p> <p>14.2.4-porque, ainda que eu faça o tratamento em casa, tive a oportunidade de trabalhar, de voltar a estudar novamente, ter uma vida assim... praticamente normal.</p> <p>14.2.5-depois do CAPD melhorou muito, para mim, 80%, foi ótimo!... Eu faço quatro trocas e os horários é de acordo com a minha vida, viu?</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 15</b></p> <p>15.2.1-melhorou muito minha vida, até que eu não estou tendo muito problema, melhorou minha vida um tanto por cento.</p> <p>15.2.2-Ele tem que tomar cuidado, ele tem que se assear bem na hora de fazer... tem que fazer na hora certa... que senão dá problema...</p> <p>15.2.3- mas o CAPD pra mim foi uma coisa muito importante, eles escolheu a coisa certa pra mim, eu levo uma vida como outra pessoa qualquer</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 16</b></p> <p>16.2.1- no início houve alguns problemas ajustáveis... de adaptação do meu organismo ao catéter que era um produto estranho.</p> <p>16.2.2-mas vencemos e agora está totalmente bem, bem situado, não dói, nunca tive infecção.</p> <p>16.2.3eu procuro fazer a coisa bem... como pediram né? e daí então eu faço a revisão a cada trinta dias... eu tenho passado muito bem.</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 17</b></p> <p>17.2.1-É ótimo... desde a implantação, treinamento e tudo.... eu gostei.</p> <p>17.2.2-Eu voltei a trabalhar... tenho mais disposição...</p> <p>17.2.3-que antes eu só ficava deitada... era mole o tempo todo. Com o CAPD não, só tenho os horários, para nos horários faz a troca, aí pronto! Me sinto muito bem.</p> <p>17.2.4-A gente tem mais liberdade, pode sair.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Disposição para o trabalho</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 18</b></p> <p>18.2.1-Muda muito a vida da gente, né? Porque a gente tem que fazer 4 vezes por dia, muda muito a vida da gente no caso de querer viajar... que não pode, tem que tá sempre naquele horário, ficar ali pra fazer o tratamento tem que ter muito cuidado por causa da infecção e de qualquer forma muda muito a vida da gente, é chato né? mas , a gente tem que fazer...</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 19</b></p> <p>19.2.1-eu não tenho o que queixar, eu não sinto nada...eu não sinto nada realmente, as vezes eu só lembro, quando eu entro no meu quarto pra fazer o tratamento, mas independente disso... faço trocas todo dia.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 20</b></p> <p>20.2.1-Eu gostei mais desse tratamento que faz em casa do que o daqui. Minha vida é melhor hoje porque eu me sinto outra pessoa assim... que quando eu fazia na máquina eu não tinha disposição pra fazer nada, era outra pessoa.</p> <p>20.2.2-depois quando eu comecei a fazer em casa eu me sinto mais melhor tenho vontade de fazer as coisas.</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 21</b></p> <p>21.2.1-eu tou achando melhor né? porque minha fístula no meu braço inchava... o braço ficava muito inchado, não tinha mais condições de furar e agora depois que eu fiz CAPD, desinchou, tou achando bem melhor... por enquanto tá bem melhor!... se continuar assim...</p>	<p><b>Comparação positiva em relação ao método anterior</b></p>
<p><b>Entrevistado 22</b></p> <p>22.2.1-Tá bem... agora eu já estou fazendo, já tenho que fazer... fazer numa boa, levar normal.</p> <p>22.2.2- Assim ni uns pontos piorou porque eu sinto prisioneira porque... então você vai pra um lugar passa da hora atrasa, aí fica tudo mais difícil.</p> <p>22.2.3- em outros pontos minha qualidade de vida melhorou que eu estou sentindo melhor, mais disposta.</p> <p>22.2.4- mas também eu não posso fazer muita coisa porque incomoda um pouco, porque tem que ficar cheia de líquido, aí incomoda. Não sei se é porque eu não me adaptei ainda ao tratamento , porque disse que depois a gente se acostuma que nem sente, né? mas por enquanto ainda tá.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Desconforto causado pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 23</b></p> <p>23.2.1-CAPD é melhor que HD, eu gostei. Porque é muito rápido e HD é 3 horas.</p> <p>23.2.2- Eu achei melhor, dar mais condição a pessoa, pra trabalhar em sua casa direto, né?</p>	<p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p>

### QUESTÃO 3

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b> 1.3.1-Ficou bem...até que eles ficou mais constante comigo né? eu não tenho que falar deles, ficou tudo bem. Não mudou nada, só não me ajuda porque não tem condição. Mas em casa me ajuda, tem uma filha caçula, ela me ajuda, é a que vai lá em casa todos os dias, as vezes vai duas vezes no dia, ela vai fazer tudo todos os dias, não mora muito perto não, mas ela vai.</p>	Melhora da relação familiar
<p><b>Entrevistado 2</b> 2.3.1-Ficou maravilhoso, todos me paparicam, aumentou bem a atenção, se eu for pegar alguma coisa não deixam porque é pesado, eu não faço nada.</p>	Melhora da relação familiar
<p><b>Entrevistado 3</b> 3.3.1-Ficou igual era, me cuida do mesmo jeito de quando eu era sã, não mudou nada.</p>	Sem alteração da relação familiar
<p><b>Entrevistado 4</b> 4.3.1-ficou uma maravilha, com minha mãe com o pessoal da igreja. Depois do CAPD, eles aprenderam a entender o que é uma pessoa renal crônica, descobriu que não é aquela coisa tão amedrontada, e com o CAPD eles começaram a ver eu fazer CAPD tomando água bastante, bebendo suco que não podia e aí ele começaram a entender e também ficar muito alegre e falaram que era pra mim ter feito isto desde o começo. Minha mãe é uma maravilha, meu pai é bom, mas minha mãe é uma benção, é uma mãe maravilha, é uma mãe amiga, é tudo pra mim, é quem me ajuda, eu não posso sentir nada porque minha mãe preocupa bastante.</p>	Melhora da relação familiar
<p><b>Entrevistado 5</b> 5.3.1-melhorou mas ainda, se minha família já me amava, mais amada ainda... mais ainda, principalmente meu marido, ele toda vida gostou de mim, agora depois da doença mais ainda, eu tenho que agradecer em primeiro lugar a Deus e segundo ele que é um marido muito bom pra mim Marido bom, filhos muito bom também e graças a Deus eu recuperei. Graças a Deus a minha família me deu muito apoio, agora tudo tá bem, Graças a Deus, eu sei que eles mata e morre por mim.</p>	Melhora da relação familiar
<p><b>Entrevistado 6</b> 6.3.1-Bem melhor, já era boa, que a minha família já me apoia em tudo... 6.3.2-agora depois do CAPD todo mundo gostou mais. 6.3.3-porque eu posso ir pra casa de minha mãe ficar lá...E para a filha e o marido também é bem melhor, me dá o maior apoio, e a menina diz ah! mainha, agora você pode ficar perto de mim direto, e hoje eu fico perto dela o tempo todo. 6.3.4-foi ótimo o CAPD.</p>	Melhora da relação familiar Satisfação com o CAPD Normalização da vida cotidiana  Satisfação com o CAPD
<p><b>Entrevistado 7</b> 7.3.1-Ótima... melhor que era antes. 7.3.2-depois do CAPD eu vou pra todos os lugares, agora, mesmo na época de São João, São Pedro, ochi!... eu dancei forró, saí com meus filhos, meu esposo, foi uma alegria total. Eu sei que tenho problema, mas depois do CAPD, nem lembro assim que tenho problema renal, as vezes até esqueço, porque não me empata em nada, eu saio, passeio, brinco, Graças a Deus.</p>	Melhora da relação familiar Normalização da vida cotidiana

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.3.1-Ficou bem, não mudou em nada, tem hora que eu sinto assim...um pouco triste, mas...eles tá rente comigo, são amável, sempre foram, não depende de mim. 8.3.2-eu sou uma doente alegre, sabe? não me entrego, não me aborreço com nada, não...tou bem.</p>	<p>Sem alteração da relação familiar Auto-confiança</p>
<p><b>Entrevistado 9</b> 9.3.1-Tá bem...meus filhos é um braço direito meu.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.3.1-moro com minhas filhas, minha mãe, e meus irmãos que são dois. A relação com eles continua sendo boa, só que eles tomam mais cuidado com a gente e tudo.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.3.1-Ficou a mesma coisa, ficou bem, não tem dúvida nenhuma, ficou tudo normal.</p>	<p>Sem alteração da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.3.1-Eu tenho muito apoio de minha família, as vezes do meu marido eu tenho até mais, se não tivesse esse apoio era pior ainda. Eu tenho muito apoio de minha filha, minha mãe, minha irmã, minha sobrinha.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.3.1-vai tudo bem, eles dá assistência.</p>	<p>Sem alteração da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.3.1-minha família é ótima, por ser todos Cristãos na minha família, entendeu? então... todo mundo se dedicou inteiramente a mim. Eu morava em com meu irmão e quando eu adoeci eu vim pra aqui. Mas o relacionamento com a família Graças a Deus tem sido ótimo. Tem me dado apoio... mora eu, minha mãe e um irmão. Depois da doença melhorou mais ainda, eles me dão mais apoio, dedicam demais a mim, sempre com cuidado.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.3.1-É bom, ótimo... não é todo brasileiro que tem a sorte que eu tenho de ter uma esposa assim. ...porque ela me ajuda também, se eu tou doente ela não vai trabalhar então, pra mim é importante ela na minha vida, Eu também tenho uma irmã que gosta muito de mim... me adora. Pra mim essas duas pessoas é fundamental na minha vida. Tenho outros irmãos, a relação com eles tá bem...só que meus irmãos não liga pra mim... mas já era assim antes, minha mãe é muito doente e meu pai já morreu.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.3.1-Olhe ficou muito bem... muito bem. 16.3.2-Eu recebí a visita de parente que eles achavam que iam me encontrar em cima da cama, doente, porque achavam que era uma doença... e eu não considero de maneira nenhuma... aí eu expliquei... mostrei... agora isso não impede nada deu ter uma vida normal. Ele disse: eu vim fazer a visita pensando em lhe dar apoio e foi você que me deu apoio, porque eu, bom... estou me achando pior que você, eu disse não, você não pode baixar a cabeça, a vida continua e nós temos que vencer todas essas coisas.</p>	<p>Melhora da relação familiar Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.3.1-Me deu o maior apoio... meu filho é assim... ótimo! Ele fica assim... já tomou remédio? Tá sentindo alguma coisa? Meu marido também... ele chegou em casa não me encontrou, já veio pra aqui me procurar. Meus irmãos sempre tá ligando pra saber como é que eu estou. Toda a família me dar o maior apoio.</p>	<p>Melhora da relação familiar</p>



EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.3.1-Continua a mesma coisa, não mudou nada, sempre me dando apoio. Meus filhos Graças a Deus me dá o maior apoio, e meu marido também. Toda minha família me dá apoio.</p>	Sem alteração da relação familiar
<p><b>Entrevistado 19</b> 19.3.1-Eles ficaram um pouco abatido e eu não sei se a doença em si deixa o paciente um pouco nervoso. E aí ela complica, mas eles aceitaram, me deram apoio, inclusive os médicos conversou com meu esposo na época que eu ia ficar um pouco nervosa, pra ter paciência, mas tem uma hora que não tem né? as vezes eu fico nervosa... ele sente nervoso... aí acha que tá doente pra poder... essas coisinhas... Mas eles aceitaram, me deram apoio, eu não vou dizer que não me deram. Eu acho que o paciente precisa de todo afeto... todo carinho... não é que você vai se aproveitar disso pra... até criar uma situação difícil dentro de casa, pra se relacionar com o marido e com o filho, mas se existe uma compreensão, um certo amor ajuda muito no tratamento, principalmente o emocional. Eu conto com esse apoio, mas, ultimamente eu estou sentindo dificuldade.</p>	Sem alteração da relação familiar
<p><b>Entrevistado 20</b> 20.3.1-Ficou mais pior, porque quando eu era sã que eu não tinha esse problema eu trabalhava muito na roça ajudava meu marido, né? os filhos mais velhos me ajudava, a gente que mora no interior a gente vive é de roça, né? e hoje em dia ele faz, mas é mais ou menos pouco, porque é ele só, as meninas estuda e eu ni roça não posso trabalhar. 20.3.2-Agora por outro lado, melhorou porque agora eu fico em casa, antes eu vinha três vezes aqui e só venho aqui de mês em mês fazer revisão ou quando passa mal.</p>	Desconforto causado pelo CAPD  Comparação positiva em relação ao método anterior
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.3.1-Ficou bem. Graças a Deus minha família me deu muito apoio e me dá até hoje. 21.3.2-No início eles ficaram igualmente a mim, desesperado, aí foi se acalmando. 21.3.3-Hoje eles tá achando melhor porque livra viagens, agora é só uma vez, ficou melhor, bem melhor, bem melhor.</p>	Melhora da relação familiar  Dificuldade de aceitar a condição de saúde Comparação positiva em relação ao método anterior
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.3.1-Não mudou nada, continua do mesmo jeito. Eu moro com meus 4 filhos e meu marido. Eles receberam a doença e o tratamento muito preocupados, que eles se preocupam muito comigo, eles saem e ficam telefonando.</p>	Sem alteração da relação familiar
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.3.1-No início não foi bom não, porque eu tava muito agoniada, sei lá, sem saber o que era, né? fiquei muito agoniada, nervosa, fiquei louca. Eu respondia assim... eu dizia que não queria morrer, que eu era jovem ainda... fiquei desesperada. Eu respondia muito, respondia mal. 23.3.2-Agora tá ótimo, Graças a Deus.</p>	Dificuldade de aceitar a condição de saúde  Melhora da relação familiar

## QUESTÃO 4

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b> 1.4.1-Ficou bem. Nada de diferente com meus amigos. Todos sabem do meu problema e melhorou mais ainda quando soube que eu tinha essa doença, deram mais atenção ainda.</p>	Melhora da relação com os amigos
<p><b>Entrevistado 2</b> 2.4.1-Não tenho o que falar, foi tudo normal, todos vão lá, vão ver eu fazer.</p>	Sem alteração no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 3</b> 3.4.1-Já com os amigos ficou mais fraco, né? eu era uma alegria com eles, hoje em dia eles chega na minha casa eu não tenho mais aquela alegria que eu tinha.</p>	Dificuldade no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 4</b> 4.4.1-Meus amigos eu não aceito que eles falam que eu tou doente, esse negócio de CAPD eu quero que eles esqueçam porque eles me protegem muito na escola ou na rua, é pra eu não pegar peso, não quer que eu vá no quadro por causa do giz da poeira, não deixa eu fazer nada. Minha relação com eles é ótima e melhorou bastante depois da doença, eu descobri muito mais amigos, descobrir pessoas novas e eles me aceitaram como eu era.</p>	Melhora da relação com os amigos
<p><b>Entrevistado 5</b> 5.4.1-Ficou a mesma coisa, do mesmo jeito, meus amigos também a mesma coisa, todo mundo ficou triste.. porque eu sou uma pessoa muito querida pelo povo. então... minhas primas, meus primos, minha família toda, colegas ficaram tudo triste quando soube mas... sempre me dando apoio, pra eu não desanimar, pra seguir em frente que tinha Fé em Deus, que eu ia miorar. como eu recuperei. Graças a Deus.</p>	Sem alteração no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 6</b> 6.4.1-Melhor também, porque eu tou perto deles também. Só que eu nunca cheguei assim... a mostrar o catéter a eles que pra explicar como é, tem que levar lá em casa que eles não entendem, ficam perguntando como é... como é... fica tudo querendo saber, né? 6.4.2-Aí os amigos também achou ótimo né? Ave Maria!.. esse tratamento foi uma Graça pra ela, faz em casa e come tudo, fica falando né? Saio com eles o tempo todo, o dia todo despreocupada, não tem mais aquele compromisso de vir pra cá.</p>	Melhora da relação com os amigos  Satisfação com o CAPD
<p><b>Entrevistado 7</b> 7.4.1-Melhor também.  7.4.2-é porque o CAPD, a pessoa sente assim... totalmente em liberdade.</p>	Melhora da relação com os amigos  Satisfação com o CAPD
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.4.1-Tá bem...não mudou em nada.</p>	Sem alteração no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 9</b> 9.4.1-Ni amizade com os amigos eu tenho amizade muito boa, eu tenho amigo que...chorou até minha falta na minha doença, me ajudou pra mim vencer a batalha...nenhum correu de mim não, todo mundo ficou unido comigo. Os amigos...eu tenho amigo mesmo...continuou a mesma coisa...não me falta visita, até que eu criei mais amizade que vem pra aqui o povo me trata muito direito...eu tenho maiores amizades.</p>	Melhora da relação com os amigos

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.4.1-vários amigos não sabem que eu tenho insuficiência renal crônica, eu não gostaria de compartilhar não, porque... as vezes alguns acham que a gente não tem possibilidade de fazer determinada coisa e eu particularmente não gosto disso, eu gosto de me sentir igual a todo mundo, entendeu? alguma amiga íntima assim...sabe ou algum amigo, mas são poucos, a maioria não sabe.</p>	<p>Dificuldade no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.4.1-Bem, a mesma coisa.</p>	<p>Sem alteração no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.4.1-hoje em dia a maioria das vezes a gente nem tem amigo, né? Tem amigo, quando a gente tem dinheiro, trabalho e saúde, né? tem muita amizade falsa, mas eu tenho uma amiga que me dá muito apoio. Diminuiu os amigos depois dessa doença, mas não era amigo, né? amigo é aquele que fica, né? com a gente pra o que der e vier.</p>	<p>Dificuldade no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.4.1-Os amigos vão lá visitar, tou bem com eles tudo, né?</p>	<p>Sem alteração no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.4.1-Muito boa, então melhorou mais ainda quando eles souberam que eu tou passando por isso, entendeu? eles me deram mais apoio ainda. Não mudou nada não, Graças a Deus! O namorado também sabe meu problema de saúde, sabe que eu faço CAPD é uma pessoa madura, entende, já comecei a namorar depois do CAPD.</p>	<p>Melhora da relação com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.4.1- Tá boa... aquela gozação de sempre, né? mas eu não ligo mais pra isso... eu sou um cara que sou muito brincalhão, sou um cara que as vezes até esqueço que sou doente no meio do pessoal... não fico dentro de casa porque se eu ficar dentro de casa eu não fico bem, né? tem que sair pra conversar, dialogar, pra descontrair, esquecer um pouquinho... mas tá sempre dentro da gente que a gente tem que tomar cuidado que a gente tá com aquilo. Eu sou uma pessoa que... tem gente que diz assim... você é doente nada... tá brincando. Eu digo é... Deus é que sabe.</p>	<p>Sem alteração no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.4.1-Tá bem... dentro da maneira como eu conduzo a minha vida, entendeu? o nosso entendimento... tem muitos amigos meus que não tem a menor idéia que eu tenho esse problema. Mesmo que saiba que eu tenho, mas não ver diferença... porque eu continuo frequentando todos os grupos.</p>	<p>Sem alteração no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.4.1-Continua a mesma, não mudou em nada.</p>	<p>Sem alteração no relacionamento com os amigos</p>
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.4.1-Não tenho muito tempo assim pra tá.... participando de algumas coisas, saindo e tudo...porque a gente fica mais restrita a aquilo alí, né? a saída tem que ser pouca, né? só no intervalo do tratamento. 18.4.2-Os amigos continua a mesma coisa, só eu é que tenho que me afastar um pouco, porque não dar pra ter a vida normal de sempre, no resto todos sabem.</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD  Dificuldade no relacionamento com os amigos</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 19</b> 19.4.1-Graças a Deus, eles aceita. A relação com eles é normal, sabe do meu tratamento, sabe do meu problema, me ajudam, me incentivam, entendeu?</p>	Melhora da relação com os amigos
<p><b>Entrevistado 20</b> 20.4.1-A mesma coisa... tem me visitado.</p>	Sem alteração no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.4.1-Ficou tudo assim desesperado no início, mas ficou bem também, me deram apoio.</p>	Melhora da relação com os amigos
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.4.1-eu também não tenho muitos amigos, os que eu tinha continua do mesmo jeito.</p>	Sem alteração no relacionamento com os amigos
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.4.1-Não, não tenho amigos não. Só minhas irmãs, minha família mesmo. Mas amizade mesmo não tenho com ninguém.</p>	Dificuldade no relacionamento com os amigos

## QUESTÃO 5

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b></p> <p>1.5.1-Eu trabalhava antes mas... mas acabou a fábrica, faliu. Depois da doença não trabalhei mais.</p> <p>1.5.2- em casa eu lavo a minha roupa e a do menino que é roupa leve, passo vassoura na casa, lavo prato, faço minha comida.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 2</b></p> <p>2.5.1-eu não faço nada, mas as vezes eu faço um almoço... mas eu não faço porque não tem necessidade, mas não por causa do CAPD. Eu faço umas fronhas, eu corto, bordo pra mim e pra meu pessoal mesmo.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 3</b></p> <p>3.5.1-depois que minhas vistas escureceu eu não faço mais nada é só sentada em minha casa o tempo todo, pra ir na mesa pra almoçar é meu povo que me leva, eu não tenho mais alegria.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 4</b></p> <p>4.5.1-Eu tou tão envolvida com esse negócio (CAPD) que eu não trabalho, quem me sustenta são meus Pais.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 5</b></p> <p>5.5.1-As coisas de casa, né? eu só trabaio em casa.</p> <p>5.5.2- porque eu não posso mais trabaiair na roça né? e antes eu trabaiaiva na roça.</p> <p>5.5.3- e aí agora só o serviço de casa... só o servicinho doméstico. Eu cozinho... O CAPD não atrapalha, só o dia que eu tou desanimada.... tem dia que a gente tá bem legal, tá bem.</p> <p>5.5.4-e tem dia que ataca aquela fraqueza no corpo, eu não sei explicar... tá assim... desanimada... desanimada e a gente não tem como fazer nada.</p> <p>5.5.5- mas tem dia que eu tou animada eu faço as coisa... eu cozinho, lavo roupa, estendo no varal.</p> <p>5.5.6-assim... eu fiquei com essa mão um pouco esquecida, foi depois do problema renal, né? não sei se foi de fazer tanto a bichinha... como é... (se refere as duas fístulas do braço esquerdo), eu digo que foi, essa mão, tá lerdá... lerdá... eu não guento nada... nada... eu faço as coisinha pouca, mas faço.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p> <p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Disposição para o trabalho</p> <p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Disposição para o trabalho</p> <p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 6</b></p> <p>6.5.1-Bem melhor, porque eu tenho uma lojinha... Hoje com o CAPD, eu fico o dia todinho lá, bem melhor o trabalho, eu estou tomando conta das minhas coisas direitinho né? vou no horário certo, no trabalho não empata em nada. Eu voltei à escola depois do CAPD, que antes não dava não. Agora não... as vezes eu até esqueço... fico despreocupada, todo dia vou pra loja, né?</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 7</b></p> <p>7.5.1-eu só trabalho só mesmo em casa.</p> <p>7.5.2-antes eu trabalhava, e eu aposentei depois da doença renal.</p> <p>7.5.3-Mas em casa eu trabalho e o CAPD não atrapalha nada.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p> <p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Disposição para o trabalho</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.5.1-Eu não trabalho. Antes da doença eu trabalhava.</p> <p>8.5.2-Em casa eu faço as coisas com dificuldade porque eu tive derrame e meu braço do lado direito, eu não tenho força.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 9</b> 9.5.1-Eu tou parado esses tempos...pra dizer melhor eu só esquento a cabeça por causa de serviço.</p> <p>9.5.2-mas eu espero voltar...com Fé em Deus. ...que eu não vou ficar vivendo pelos outros, eu podendo cuidar de minha vida eu volto, se a doença não me atacar mais.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Autoconfiança</p>
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.5.1-eu deixei de trabalhar logo que eu descobri o problema porque eu tinha que tá fazendo exame.</p> <p>10.5.2- Mas disposição (refere ao trabalho) eu posso dizer que tenho, não todos os dias, mas eu tenho.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p> <p>Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.5.1-O trabalho continua a mesma coisa também. Eu transporto alunos. Não atrapalha em nada, eu dirijo normal.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.5.1-eu vendia confecção, ambulante, mas depois que eu adoeci eu não mexi mais com isso não. Eu ficava com pressão alta... isso preocupa, né? aí eu parei,... Não trabalho, tou em casa</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.5.1-Eu estou de licença médica. Eu trabalhava de vigilante. Não faço nada por causa da vista, do tratamento do rim... da cabeça. Eu recebo aposentadoria.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.5.1-Eu trabalho numa lanchonete vizinha a minha casa, entendeu? normal, não atrapalha em nada.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.5.1-O trabalho pega... eu não posso fazer nada... meu trabalho era muito perigoso, eu trabalhava em fiscalização, mas quando eu trabalhava eu perdia muita noite e ficava mal, aí o médico mesmo que mandou me afastar, eu não aguentava mais. Eu gosto muito de trabalhar mas deixei de trabalhar por causa das caimbras, eu não pego peso,... Minha vida é normal só não faço trabalhar, porque os trabalhos que eu sei fazer eu não posso fazer.</p>	<p>Parou de trabalhar em consequência da doença e/ou CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.5.1-Eu sou aposentado. Mas minha esposa tem uma loja de confecção e daí então eu procuro assessorar... uma ajuda a ela... principalmente na parte da escrita, contabilidade etc. Eu oriento, vou com ela pra fazer compras...</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.5.1-Eu trabalho com artesanato, eu faço velas artesanais, sabonetes etc.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.5.1-Eu faço as coisas normalmente, porque eu nunca trabalhei fora, sempre trabalhei em casa mesmo, eu faço tudo normalmente. Eu tenho um barzinho em casa e eu tomo conta do bar e continuo trabalhando, não me incomoda</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 19</b>            19.5.1-desde início eu deixei, porque não aguentava... se for o caso de trabalhar hoje eu poderia até, dos rins eu não sinto nada, nada ia me empatar, mesmo as trocas porque eu só trabalhava um turno, não me atrapalha, mas tem esse problema agora da coluna que complicou Não faço nada, porque o médico proibiu por causa da minha estrutura óssea.            19.5.2-eu trabalho vendendo roupas íntimas, bijuterias, eu faço meus bicos em casa.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD             Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 20</b>            20.5.1-Só faço uma comida, arrumar uma casa, só... não tem outra coisa.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 21</b>            21.5.1-Eu trabalho em casa mesmo, não trabalho fora, eu trabalhava assim pra a gente mesmo com barraca na feira vendendo coisa, eu não tou indo não.            21.5.2-mas agora eu quero ir de novo que eu tenho mais tempo. E agora tou querendo voltar, tou sentindo bem, um pouco mole, mas hoje mesmo vou conversar com Dr<sup>a</sup> I. pra eu voltar a trabalhar. Em casa eu faço comida, faço os trabalhos domésticos de dentro de casa.</p>	<p>Parou de trabalhar fora em consequência da doença e/ou CAPD            Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 22</b>            22.5.1-Nunca trabalhei não... Eu mato o tempo fazendo crochê.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>
<p><b>Entrevistado 23</b>            23.5.1-Não trabalho não e nem trabalhava antes. Em casa eu faço tudo.</p>	<p>Disposição para o trabalho</p>

## QUESTÃO 6

EXPRESSÕES CHAVES	IDEIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b> 1.6.1-Leio mais a Bíblia , só fico em casa mesmo, só saio na rua quando eu venho na clínica ou a igreja, a única alegria que tenho é quando vou para a igreja. E televisão só de noite que eu gosto de ver as notícias e as novelas.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 2</b> 2.6.1 Faço bolo, sequilho, vou passear de carro, de moto, televisão eu tenho no meu quarto para eu assistir na hora das trocas e não sentir triste. Assisto todas as novelas e todos os programas.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 3</b> 3.6.1-Eu escuto a televisão mas eu não enxergo, o som eu gosto.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 4</b> 4.6.1-vou pra casa de uma colega. Mas eu tenho uma vida maravilhosa, Graças a Deus, como uma pessoa humilde, Graças a Deus maravilhosa. Vou nas festas da Igreja, participo das apresentações, toco guitarra, faço apresentações na cidade mesmo e em outra cidade vizinha</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 5</b> 5.6.1-Em casa eu assisto televisão.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 6</b> 6.6.1-Passeio muito, passeio, viajo, vou pra fazenda. Além disso, ando de moto, dirijo, ando de bicicleta, nada me empata. Eu venho dirigindo pra cá, eu ando até de cavalo, só precisa ter cuidado pra não cair, não fico parada não, minha vida é normal mesmo, normal... normal.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 7</b> 7.6.1-Eu faço crochê, bordo.</p>	Normalização da vida cotidiana
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.6.1-vou a Igreja três vezes na semana e assisto televisão.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 9</b> 9.6.1-eu só andava dentro da minha roça, eu não sou chegado a diversão nenhuma.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.6.1-eu vou pra shows, eu danço, eu namoro, tenho meu namorado, ele sabe todo meu problema, me entendi, ele sabe e entendeu, por isso eu tou feliz com ele.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.6.1-eu não posso mais jogar bola.  11.6.2-Passear as vezes.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.6.1-Eu gosto de sair, de passear, gosto de festas.</p>	Normalização da vida Social
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.6.1-Nada... nada.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD



EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.6.1-Eu leio muito, também mexo um pouco com o computador procuro saber mais sobre minha doença, como me cuidar. Final de semana, saio com meus amigos e com o namorado, passeio, essas coisas. Se você não adaptar sua vida a realidade, fica difícil, o paciente renal crônico se ele não tentar se divertir, esfriar a cabeça, procurar outras coisas pra fazer ele acaba ficando louco, porque é muita coisa que acontece, você tem que se adaptar a sua realidade, sair, se divertir. 14.6.2-e pedir muita força a Deus pra você continuar.</p>	<p>Normalização da vida Social  Negociação</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.6.1-Eu gosto de jogar um buraquinho pra distrair, as vezes eu fico conversando com o pessoal, eu tenho ainda muito amigo, minha relação lá é ótima.</p>	<p>Normalização da vida Social</p>
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.6.1-Assistir televisão, novela, jornal, jogo etc.</p>	<p>Normalização da vida Social</p>
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.6.1-Gosto muito de ler</p>	<p>Normalização da vida Social</p>
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.6.1-eu gostava muito de praia, mas não posso ir. 18.6.2-Mas, eu não gosto muito de sair não.</p>	<p><b>Desconforto causado pelo CAPD</b> Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 19</b> 19.6.1-eu vou muito na Igreja agora eu tenho ido pouco, por causa dos problemas e sair fica mais complicado. Assisto televisão, ou quando saio pra o médico.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 20</b> 20.6.1-Nada.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.6.1-Assisto televisão e saio pra ver minhas amigas</p>	<p>Normalização da vida Social</p>
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.6.1-Eu faço crochê, assisto televisão, novela, essas coisas e ainda vou a missa.</p>	<p>Normalização da vida Social</p>
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.6.1-Faço nada. Me divirto sozinha mesmo. Eu ligo um sonzinho as vezes mas também não sou de tá demais no som não.</p>	<p>Normalização da vida Social</p>

## QUESTÃO 7

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b></p> <p>1.7.1-Pra gente que faz CAPD pra sair é difícil, porque não é qualquer lugar que a gente pode fazer (referindo as trocas), aí é difícil. Porque tem que ter um canto muito limpinho, certinho pra fazer. Pra chegar lá pra fazer em qualquer lugar aí não dá e tem que levar os medicamentos, o material todo, não viajo não. Nem passear, não saio de casa não. Andar eu sinto muitas dores nas pernas e nos braços.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 2</b></p> <p>2.7.1-Eu ando todos os dias meia hora, passear eu passeio de moto, de carro, e viajar eu não acho difícil não, eu coloco minha caixa atrás (se referindo as bolsas de diálise) e vou embora. O CAPD não me atrapalha em nada... nada... nada. Não sinto nada.</p> <p>2.7.2-só as roupas que tem que ser mais folgada (se referindo ao catéter no abdome) porque a barriga fica grande.</p>	Normalização da vida social  Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 3</b></p> <p>3.7.1-Não passeio, ando de quatro em quatro dias, mas podia ser todo dia né? mas não me levam, demora quatro dias né? E a gente que mora junto do asfalto, eu não tenho coragem, é só um pedacinho que tem para andar. Pra viajar não posso, porque tem que ter um lugar certo pra fazer as trocas, e só minha neta pra fazer, por lá não tem quem faça esse tratamento não, é só eu.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 4</b></p> <p>4.7.1-Pra sair ficou mais difícil porque nós que fazemos CAPD, fazemos quatro trocas por dia, aí pra eu ir pra longe não pode. E pra viajar ficou mais difícil, a gente fica mais apegada a casa. Porque tem que ter horário e local próprio, minha casa é toda forrada. Eu não sinto nada, não sinto dor de cabeça, não sinto dor no corpo. Minha mãe se sente presa depois do CAPD, ela não ficou muito alegre não, porque ela ficou bastante presa. Porque ela quer ir pra São Paulo mas ela disse que sente presa porque eu faço CAPD, ela não pode me deixar sozinha e como é que ela me leva? Se a viagem é dois dias, como é que eu vou fazer as trocas no meio do caminho.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 5</b></p> <p>5.7.1 Eu gosto de sair, passear mais depois desse tratamento me prendeu muito. O CAPD me prendeu muito, eu não saio muito pra passear, porque tem os horários certo, quatro vezes no dia pra fazer o tratamento, então... eu não gosto de sair porque não pode passar do horário e eu tenho que voltar logo, se for perto é bom, mas se for longe passa do horário e é ruim pra mim mesma, eu gosto das minha coisa direita. Não atrapalha andar, eu só sinto umas dor no pé, eu só ando dentro de casa, no terreiro.</p> <p>Eu nunca mais viajei depois do tratamento, vontade eu tenho de viajar, mas não viajei por causa do tratamento. Aí também eu quetei, nunca viajei não. Pra ir tem que levar as mujigangas tudo... (se refere as bolsas das trocas).</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 6</b></p> <p>6.7.1-Pra viajar eu pego minhas caixas certinhas, e o local que eu vou é limpo, forrado. Eu só vou pra local assim, se não for assim e não der pra me ir eu fico. Eu ando o tempo todo.</p>	Normalização da vida social
<p><b>Entrevistado 7</b></p> <p>7.7.1-Eu sempre vou pra casa de meus irmão, lá em Salvador, passo dois, três dias lá, troca lá, não atrapalha nada. Eu ando todos os dias.</p>	Normalização da vida social

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 8</b></p> <p>8.7.1-Isso eu não posso responder porque eu ainda não saí...saí assim...eu fico mais em casa. Tudo isso aí é dificuldade pra mim. Por causa dos horários que é quatro vezes Eu ando todos os dias. O CAPD só ficou ruim pra mim porque eu não posso sair...sair assim...pra demorar, minha família mora no interior e eu não posso ir visitar...porque eu tenho que ir e voltar no mesmo dia, porque eu não posso fazer a diálise lá porque tem que ter um quarto certo pra isso e...só ficou ruim pra mim por isso.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 9</b></p> <p>9.7.1-não me atrapalhou de maneira nenhuma...eu pensava ser uma coisa ruim e tal, não, é normal.</p> <p>9.7.2- agora dizer que...melhorou muito minha vida da doença pra agora, melhorei entendeu? eu não tenho entendimento porque cair da doença, mas acho que agora tá normal.</p>	<p>Normalização da vida Cotidiana</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 10</b></p> <p>10.7.1-Pra viajar fica um pouco difícil porque a gente tem que ter um lugar reservado né? pra fazer a troca do CAPD, então... a gente não pode fazer a troca em qualquer lugar, por isso fica um pouco difícil, só pra viajar...</p> <p>10.7.2-agora pra andar e passear é normal.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p> <p>Normalização da vida social</p>
<p><b>Entrevistado 11</b></p> <p>11.7.1-O CAPD só atrapalha por causa do tempo, né? porque a gente tem que ter horário de tá em casa, né? se sair pela manhã tem que tá em casa nos horários certo, só atrapalha isso, se a pessoa quiser ficar um dia não pode por causa do tratamento.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 12</b></p> <p>12.7.1-Não atrapalha eu saí durante a dia, né? mais saí dois, três dias atrapalha um pouquinho, porque tem que carregar aquelas bolsas né? às vezes no lugar que a gente chega... não é muito bem, né? que a gente tem que usar o banheiro e não é todo mundo que aceita... as vezes tem criança dentro de casa...</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 13</b></p> <p>13.7.1-Não posso sair sozinho porque não tem vista pra sair sozinho, eu ando dentro de casa.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 14</b></p> <p>14.7.1-Melhorou muito!.. E depois que eu comecei a fazer CAPD é totalmente diferente, melhorou 100%, a minha saúde mesmo... eu ando normalmente, passeio, viajo. No ano passado teve programação da minha Igreja, eu tava indo pra Salvador e voltando, quando não dava pra voltar eu levava as bolsas e ficava lá entendeu?</p>	<p>Normalização da vida social</p>
<p><b>Entrevistado 15</b></p> <p>15.7.1-Passear ficou um pouquinho difícil, porque eu sou uma pessoa que não tem carro, e sou uma pessoa que gosta de cumprir meus horários, eu sei que tenho precisão daquilo (se referindo as trocas do CAPD), eu só vivo com aquilo, então... essa coisa é muito importante pra gente que faz CAPD.</p> <p>15.7.2-agora em parte da vida... o CAPD melhorou muito minha vida... melhorou muito.</p> <p>15.7.3-Viajar só atrapalha por causa dos horários e nem todo local que a gente chega tem um lugar apropriado pra fazer a diálise. Ah! eu ando muito, ando de pé mesmo.</p>	<p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p> <p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.7.1-Eu não viajo pra longe, mas eu gosto muito de dirigir, eu venho pra Feira, Salvador, né? Eu trago as bolsas e faço as trocas na casa de meu irmão. Não atrapalha, nem passear, nem andar, não sinto nada.</p>	Normalização da vida social
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.7.1-Eu viajo, eu viajei agora pra Barreiras, passei uma semana lá Eu passeio e ando normal.</p>	Normalização da vida social
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.7.1-Fiquei um pouco preguiçosa pra andar, eu fazia caminhada pela manhã, mas eu preciso retomar, não incomoda não. Já viajei muito, mas hoje não posso mais. Quase não saio por causa do bar.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 19</b> 19.7.1-Passear complica por causa do tratamento, fico em casa mesmo. Viajar é complicado quando é pra um lugar longe, tem que ir de avião por causa do tratamento. Andar não atrapalha.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 20</b> 20.7.1-Eu quase não passeio... Viajar eu só viajo aqui pra clínica. Eu só saio se for pra casa de uma amiga ali pertinho, por causa dos horários. Andar não incomoda.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.7.1-Eu só viajei uma vez depois que eu botei CAPD, fui pra Salvador. Pra passear, prende um pouco né?, porque a gente tem que tá na hora certa de fazer, mas eu quase não passeio. Mas andar não atrapalha não.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.7.1-Atrapalha, porque a gente fica preocupada porque tem que ter higiene, limpeza, né? e não é todo lugar que a gente vai que tem um ambiente saudável pra fazer, então eu prefiro não ir. Meus filhos mora longe, aí eu fico com medo, que a viagem é longa né? não tenho mais vontade de sair. Passear pra perto até que eu saio, assim... mais é rápido. Faço minhas caminhadas, todos os dias por trinta minutos</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.7.1-Pra passear não é bom não, assim pra passar dias fora de casa, não faço não. Porque eu tenho medo de pegar infecção, porque não é todo lugar que eu vou que tem um lugar limpo né? Só viajo pra aqui mesmo.</p>	Limitação de locomoção pelo CAPD

## QUESTÃO 8

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b></p> <p>1.8.1-Me alimentar é difícil, enche muito, eu tou muito enjoada e eu não tenho muita vontade de comer eu me alimento mais assim, maçã, pêra é que eu me alimento mais.</p> <p>1.8.2- Eu posso comer o que eu quiser comer.</p> <p>1.8.3-mas é a boca que não pede.</p> <p>1.8.4-O sal da comida é só pra batizar, (por causa da pressão).</p> <p>1.8.5-não tomo muita água, eu posso até tomar porque eu faço CAPD, mas eu mesmo é que não tomo.</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Melhora da alimentação</p> <p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Restrição alimentar</p> <p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 2</b></p> <p>2.8.1 Menos gordurosa, as comidas pesadas e frituras eu não como. Pouco sal. Toda a comida de lá de casa é igual, quem quiser mais sal põe na mesa.</p> <p>2.8.2 Pra mim o CAPD foi maravilhoso, eu não tenho o que queixar, eu estou muito bem cuidada.</p>	<p>Restrição alimentar</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 3</b></p> <p>3.8.1-É pouca, parece que a boca tira assim a apetite, muito pouquinho que eu alimento. Não tenho apetite nenhum, três, quatro colherzinha e assim mesmo tenho que tá com um copo de laranja pra tá bebendo pra descer, se não eu enguio. A natureza trancou pra tudo quanto é comida, Por causa do diabetes é que tem coisa que eu não posso.</p>	<p>Restrição alimentar</p>
<p><b>Entrevistado 4</b></p> <p>4.8.1-Minha alimentação ficou ótima, eu como tudo e no CAPD a gente pode beber mais um pouco de água e não sente sede. Mas a alimentação ficou ótima... ótima mesmo...</p>	<p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 5</b></p> <p>5.8.1-Normal. Melhorou, porque antes eu não comia nada agora como de tudo, antes do CAPD eu me alimentava bem pouco quase não me alimentava, depois do CAPD eu me alimento muito mais, engordei muito até. Muita coisa que eu não podia comer antes que eu já posso, água mesmo e fruta mesmo, muita fruta não comia Agora é liberado, pode comer tudo, eu como tudo, de cada coisa um pouquinho, não exagerado, é ótimo mamão, laranja pode porque é bom pra o intestino funcionar bem, porque quando o intestino não funciona bem o CAPD tem hora que pára né?</p>	<p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 6</b></p> <p>6.8.1-no CAPD eu posso comer tudo, toma uma cervejinha se quiser, dois copos, né? antes não podia por causa do potássio, frutas, tudo quanto é fruta pode, depois do CAPD pode tudo, agora é uma fruta lerda que eu como. Eu já tomo água de côco, que eu não tomava. Quando eu tomei pela primeira vez, a água de coco, eu nunca dei tanta risada... me atacou uma crise de riso... na hora que eu vi o coco e as meninas falaram... oh!... tadinha, oi pra alí!.. eu dei tanta risada, uma alegria!... como se eu dissesse: oh! que beleza poder tomar um coco todo né? é bom demais.</p>	<p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 7</b></p> <p>7.8.1-Ótima, como bastante, tudo eu como.</p> <p>7.8.2 eu só não como mais porque eu tenho Diabetes.</p> <p>7.8.3- depois do CAPD libera tudo, todas as frutas é liberada...tudo...não sinto nada...nada mesmo... então só essa liberdade que a gente tem né?</p>	<p>Melhora da alimentação</p> <p>Restrição alimentar</p> <p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 8</b></p> <p>8.8.1-porque eu tenho problema de pressão eu não posso comer sal ...vai bem, eu como minhas coisas moderada, tenho minha dieta, tou bem.</p>	<p>Restrição alimentar</p>

<b>EXPRESSÕES CHAVES</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>
<b>Entrevistado 9</b> 9.8.1-eu nunca fui chegado a comer muito, tá normal, continua a mesma.	Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 10</b> 10.8.1-Tem algumas restrições algumas frutas e algumas verduras mesmo eu não posso comer, como... frutas que tem uma quantidade muito alta de potássio e verdura	Restrição alimentar
<b>Entrevistado 11</b> 11.8.1-Boa, continua a mesma coisa	Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 12</b> 12.8.1-só não alimento muito bem porque eu evito muita gordura, sal.	Restrição alimentar
<b>Entrevistado 13</b> 13.8.1-Posso comer tudo. 13.8.2- só não gordura e sal.	Melhora da alimentação Restrição alimentar
<b>Entrevistado 14</b> 14.8.1-eu tenho que me cuidar por causa do sal da comida porque tenho pressão alta. 14.8.2-depois do CAPD melhorou muito porque... elimina muito na bolsa o potássio, eu não tenho dificuldade nenhuma na alimentação, hoje como normalmente todas as frutas e minha mãe é vegetariana, a comida é a base de frutas e verduras.	Restrição alimentar por doenças Melhora na alimentação
<b>Entrevistado 15</b> 15.8.1-Melhorou 100% né? voltei a comer algumas coisas que eu gostava de comer, agora já como um pouco temperado, só não como muita gordura porque eu sei que não faz bem, minha vida mudou toda depois do CAPD, minha vida tá voltando a normalidade né?	Normalização da vida cotidiana
<b>Entrevistado 16</b> 16.8.1-bem melhor porque gosto muito de tomar água e era muito limitado pra tomar e depois do CAPD eu comecei a me alimentar muito bem, porque eu como tudo, Ave Maria!... A alimentação é quase totalmente normal. 16.8.2 embora eu seja diabético, mas... eu controlo.	Melhora da alimentação Restrição alimentar
<b>Entrevistado 17</b> 17.8.1-Ah!... melhorou bastante. 17.8.2Quer dizer que eu ainda tenho problema do Diabetes e da Hipertensão, né? 17.8.3-mas melhorou, porque antes eu não podia comer muita coisa, não podia comer fruta e agora já pode. Em relação ao problema renal eu posso comer tudo.	Melhora da alimentação Restrição alimentar Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 18</b> 18.8.1-Eu não posso comer sal porque eu tenho a pressão alta, gordura. 18.8.2-tem que ter uma boa alimentação, comer muitas frutas e verduras.	Restrição alimentar Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 19</b> 19.8.1-Bem, muito bem, como tudo que você imagina não sinto nada. Como tudo... tudo.	Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 20</b> 20.8.1-Achei mais melhor porque posso comer tudo, antes, bastante coisa não podia comer e agora pode.	Melhora da alimentação
<b>Entrevistado 21</b> 21.8.1-eu não tou alimentando muito bem não, eu tou assim... sem apetite. 21.8.2 Por enquanto eu não tou comendo tudo não, eu tenho medo, água eu tou tomando	Desconforto causado pelo CAPD Melhora da alimentação

<b>EXPRESSÕES CHAVES</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>
<p><b>Entrevistado 22</b></p> <p>22.8.1-Eu diminuir um pouco porque eu comia muito, eu não como de vez porque o estômago fica muito cheio, aí eu como pouquinho.</p> <p>22.8.2-Eu só tenho dieta do problema cardíaco e porque eu sou hipertensa.</p> <p>22.8.3-do problema renal não (tem dieta).</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Restrição alimentar por doenças</p> <p>Melhora da alimentação</p>
<p><b>Entrevistado 23</b></p> <p>23.8.1-Ficou mais melhor, porque já come frutas, porque o potássio não saía, e o CAPD pode comer tudo, a alimentação melhorou mais e muito, eu como tudo.</p>	<p>Melhora da alimentação</p>

## QUESTÃO 9

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b> 1.9.1-mais de dez anos que eu não tenho ninguém. Claro que eu sinto vontade, assim de uma pessoa para um diálogo, mas é muito difícil a pessoa só sem ninguém nem pra dialogar.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 2</b> 2.9.1-Está normal, continua a mesma coisa, ele já é de idade, eu já sou de idade, lá uma vez ou outra... ele continua atencioso, carinhoso, eu é que fico falando: sai prá lá, deixa de tanta coisa.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 3</b> 3.9.1-Quá!...aí acabou, já que a gente tá velho né? acabou... e com essa barrigona cheia de soro, né? eu só posso deitar mais de lado aí eu não aguento nada. Isso aí eu larguei, meu marido tá velho e eu também.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 4</b> 4.9.1-Tenho namorado, mas não tenho ainda vida sexual.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 5</b> 5.9.1-Ficou ótima. Graças a Deus continua a mesma coisa, depois do CAPD tá boa, não atrapalha em nada. Pra mim tá sendo a mesma coisa.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 6</b> 6.9.1-No início eu fiquei meia assim... envergonhada daquele catéter alí do lado... 6.9.2-mas meu marido me deu a maior força e hoje eu vou inventando, coloco uma faixazinha no catéter e vou levando, e tá melhorando, cada dia eu acho que tá melhorando mais. 6.9.3-antes eu achava... vichi!.. Nossa Senhora! vai me largar... vai me largar, no início a gente sente cheia por causa do líquido. 6.9.4-mas depois de dois meses em diante a gente não sente nada... nada, é como se você não tivesse nada, só que você ver aquele catéter em você e pronto. Não empata em nada, ótima a relação também.</p>	Alteração da sexualidade Sem alteração da sexualidade Alteração da sexualidade Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 7</b> 7.9.1-Bem, também. Não atrapalha em nada.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 8</b> 8.9.1-Tá bem.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 9</b> 9.9.1-Né coisa muito boa não!... não... não tem reação, como é que... foi desde da doença... a vontade é que não tá a mesma coisa, mas isso... não atrapalha não!... Agora... nada no catéter me atrapalha nada... nada... nada.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.9.1-A minha vida sexual eu posso dizer plenamente que está ótima, que a partir do momento que meu namorado, meu parceiro sexual me entendeu, concernente a isso, eu uma vez queria muito saber dele se o catéter em meu corpo atrapalhava, se ele deixava de sentir alguma coisa por causa disso, ele falou que eu nunca pensasse isso, minha preocupação era mais essa... desde quando eu implantei o catéter que foi essa, primeiro porque eu queria me sentir bem, segundo que eu queria fazer meu companheiro se sentir bem também, se sentir bem... mas ele esquece, né? nem parece que eu uso... eu também faço de conta que não tenho nada. A gente não vai esquecer porque ele tá aqui, né?... mas eu faço de conta realmente e eu consigo... eu sei que consigo fazer com que ele ache que... não tem nada ali que atrapalhe, de jeito nenhum.</p>	Sem alteração da sexualidade



EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.9.1-diminuiu... não é o catéter que atrapalha, que ele não atrapalha nada, a vontade assim... é que você não tem, eu achei que diminuiu muito.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.9.1-Pra mim mesmo nunca atrapalhou, ele nunca reclamou em nada, né? muda um pouco pra mim, não sinto vontade, mas é tanta medicação, é muita medicação forte que eu tomo.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.9.1-Nada...</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.9.1-No início foi um pouquinho difícil entendeu? mas nada que a gente conversando não se acerta né? 14.9.2-Não é igual a antes, porque eu não posso botar um biquíni, não posso tomar banho de praia... mas... não mudou assim tanto. 14.9.3-Depois do CAPD eu tive poucos namorados, a vida sexual ativa diminuiu muito. 14.9.4-Agora esse namorado, é que eu comecei a ter uma vida sexual ativa. 14.9.5-porque eu tinha muito preconceito que não me aceitasse por eu ser uma paciente renal crônica e... 14.9.6-mas a gente sempre encontra a pessoa que gosta da gente. Agora na atualidade não me incomoda mais.</p>	<p>Alteração da sexualidade</p> <p>Alteração da sexualidade</p> <p>Alteração da sexualidade</p> <p>Sem alteração da sexualidade</p> <p>Alteração da sexualidade</p> <p>Sem alteração da sexualidade</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.9.1-Está bem... eu não continuo a mesma coisa... porque é totalmente diferente quando a gente muda um aparelho né? então eu não posso dizer que na vida sexual eu fazia o que eu fazia antes, certo? Quando eu peguei o problema de rim, mesmo antes de botar o catéter, já tinha mudado né? eu acho que depois que eu botei o catéter esfriou mais ela do que eu.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.9.1-Mal... não melhorou, veja bem eu sou diabético tem uns 40 anos, eu era um camarada muito ativo, entendeu? de uns tempos pra cá , coisa e tal... foi assim diminuindo diminuindo, mas eu acho que é porque eu sou hipertenso e a medicação é que diminuiu a vontade, acho que é um dos principais motivos.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.9.1-Normal. Não mudou nada. No início meu marido tinha medo do catéter, agora ele já acostumou, não incomoda mais não.</p>	Sem alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.9.1-Não está normal, não é? Não é por causa do tratamento, é um problema que houve entre eu e meu marido e nos afastamos, mas não tem nada a ver com o tratamento... Foi antes da doença renal, mas eu vivo com ele ainda.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 19</b> 19.9.1-Não tenho palavras, por mim eu já tinha separado. Misturou tudo agora, no início do CAPD tava tudo bem, mas agora foi acontecendo essas coisas. e está em mim mesma a falta de vontade, depois da coluna então? Foi que acabou mesmo.</p>	Alteração da sexualidade
<p><b>Entrevistado 20</b> 20.9.1-Tá bem... só de vez em quando acontece, não atrapalha não (se referindo ao catéter). Vontade eu não tenho não, mas de ano em ano quando começa a me apertar muito, acontece.</p>	Alteração da sexualidade

<b>EXPRESSÕES CHAVES</b>	<b>IDÉIAS CENTRAIS</b>
<b>Entrevistado 21</b> 21.9.1-Eu tenho muito medo assim... de ter, não sei, é assim... uma cisma. Eu vou perguntar a médica se pode.	Alteração da sexualidade
<b>Entrevistado 22</b> 22.9.1-Continua do mesmo jeito. Ele sempre foi compreensível.	Sem alteração da sexualidade
<b>Entrevistado 23</b> 23.9.1-Não melhorou nada, não tá bem não, não é por causa do CAPD não, é outros problemas. Eu acho que eu também não sinto mais vontade (paciente rir), eu ainda gostaria de ir num médico pra ver o que é isso.	Alteração da sexualidade

## QUESTÃO ABERTA (ÚLTIMA)

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 1</b></p> <p>1.10.1-Eu só acho ruim porque a barriga fica grande né?</p> <p>1.10.2-Mas o líquido incomoda porque qualquer coisa que eu como o estômago fica cheio, parece que tudo tá cheio, o médico disse que depois acostumava, mais eu nunca acostumei.</p> <p>1.10.3- Pra usar roupa, eu só uso saia, antigamente eu só usava bermuda , agora não pode porque não pode apertar a barriga pra usar jeans, mas eu já acostumei com a roupa, eu só uso saia.</p>	<p>Alteração da sexualidade</p> <p>Desconfortos causados pelo CAPD</p> <p>Alteração da sexualidade</p>
<p><b>Entrevistado 2</b></p> <p>2.10.1-A minha vida continua as mil maravilhas, eu sempre tive uma vida boa graças a Deus, sou muito querida, muito comunicativa, eu sempre gostei de festas, folia e até hoje eu participo. Nos aniversários a gente dança, canta, e você precisa ver como eu canto.</p>	<p>Normalização da vida cotidiana</p>
<p><b>Entrevistado 3</b></p> <p>3.10.1-Eu sinto melhor agora do que antes.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 4</b></p> <p>4.10.1-Era melhor que não existisse esse problema renal, mas já que existe, vou ficar com o CAPD.</p> <p>4.10.2-e aconselho a qualquer pessoa que tente o CAPD pra ver, porque quando a gente fala a pessoa não acredita, só quando passa pelo problema, hoje eu sinto uma pessoa bem mais alegre, bem mais disposta, tenho disposição para estudar e procurar trabalhar com o CAPD.</p>	<p>Resignação</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 5</b></p> <p>5.10.1-Eu Graças a Deus eu tou bem melhor, tou recuperada, tou outra pessoa.</p> <p>5.10.2-todos os dias eu agradeço a Deus de tá viva porque faltou pouca coisa pra eu morrer. Graças a Deus... todos os dias eu rezo e agradeço a ele.</p>	<p>Satisfação com o CAPD</p> <p>Negociação</p>
<p><b>Entrevistado 6</b></p> <p>6.10.1-O que melhorou já falei tudo, e não piorou em nada... nada.</p>	<p>Nada à acrescentar</p>
<p><b>Entrevistado 7</b></p> <p>7.10.1-eu quero dizer que as pessoas que tem medo de fazer, eu aconselho que faça como eu...tome coragem, porque vai dar certo, porque eu tenho Fé em Deus que as pessoas...</p> <p>7.10.2-porque tem gente que não dá na máquina que tem medo...que tome coragem e faça CAPD que é bem melhor que fazer hemodiálise na máquina, incomparável, eu acho bem mesmo.</p>	<p>Auto-confiança</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p>
<p><b>Entrevistado 8</b></p> <p>8.10.1-Minha vida tá bem...não é normal porque a gente que tem esse problema, né? tou feliz...não pode dizer assim...mas ni um ponto eu estou feliz, que meu povo tá perto de mim, me trata bem, são todos carinhosos.</p> <p>8.10.2-Então...gente doente nunca tem aquela alegria porque tem tanta coisa que quer fazer que não pode...eu gosto de sair, gosto de passear, gosto de trabalhar, gosto de divertir e não posso. É só isso...o resto tudo bem.</p>	<p>Resignação</p> <p>Limitação de locomoção pelo CAPD</p>
<p><b>Entrevistado 9</b></p> <p>9.10.1-Eu agradeço a Deus em primeiro lugar, e a orientação que o CAPD me alumiu... eu tou me receitando e tou me sentindo bem.</p> <p>9.10.2- Depois do CAPD eu miorei mais de 90%.</p>	<p>Negociação</p> <p>Satisfação com o CAPD</p>

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p><b>Entrevistado 10</b> 10.10.1-Só que antes a gente dava mais valor a vida, a gente pensa que vai viver cem anos... mas depois que acontece uma coisa assim, a gente quer mais aproveitar né? cada dia... cada semana... cada oportunidade que tiver de sair nunca pode desperdiçar, porque não sabe se amanhã a gente tá sentindo bem ou não? Então eu acho melhor pelo menos que toda pessoa que tiver doença renal, eu tiro por mim... eu prefiro é... aproveitar cada dia... cada oportunidade que tiver... com namorado, com filho, com minha mãe, com todo mundo.</p>	Resignação
<p><b>Entrevistado 11</b> 11.10.1-Não, não tenho mais nada não.</p>	Nada à acrescentar
<p><b>Entrevistado 12</b> 12.10.1-Não, era só isso mesmo.</p>	Nada à acrescentar
<p><b>Entrevistado 13</b> 13.10.1- Não.</p>	Nada à acrescentar
<p><b>Entrevistado 14</b> 14.10.1-Melhorou muito... tem suas complicações o CAPD também, entendeu? Tipo assim... quando é tempo frio a bolsa fica muito fria, eu sinto aquele frio... entendeu? É ruim isso, tem dia que eu sinto super mal, tem dia que tá fazendo aquele calor e depois do CAPD seu corpo fica todo gelado, você tem que vestir uma blusa de frio, tem essas situaçãozinhas entendeu? 14.10.2-Nada que seja tão complicado como a hemodiálise.  14.10.3-Pra mim, não sei o que seria de mim se não tivesse o CAPD, que melhorou muito, quem me viu antes e me ver hoje, nem me reconhece, pensa que eu já fiz o transplante, pela minha condição física, que mudou muito, Graças a Deus.</p>	<p>Desconforto causado pelo CAPD</p> <p>Comparação positiva em relação ao método anterior</p> <p>Satisfação com o procedimento</p>
<p><b>Entrevistado 15</b> 15.10.1-Melhorou 100%, eu só tinha medo mesmo de fazer hemodiálise. Mas depois que meu médico me informou que CAPD era menos dolorido, era melhor pra mim... eu resolví.</p>	Comparação positiva em relação ao método anterior
<p><b>Entrevistado 16</b> 16.10.1-Está sendo muito bom o CAPD, o material chega em casa pontualmente, o atendimento é muito bom.</p>	Satisfação com o CAPD
<p><b>Entrevistado 17</b> 17.10.1-Minha vida tá ótima!</p>	Satisfação com o CAPD
<p><b>Entrevistado 18</b> 18.10.1-Eu confio em Deus e acredito que vou ficar curada pra voltar a ter uma vida normal, né? Mas, quanto a esse problema (se referindo ao CAPD) eu me sinto bem.</p>	Auto-canfiança
<p><b>Entrevistado 19</b></p>	Não respondeu
<p><b>Entrevistado 20</b></p>	Não respondeu
<p><b>Entrevistado 21</b> 21.10.1-Era só isso mesmo.</p>	Nada à acrescentar
<p><b>Entrevistado 22</b> 22.10.1-Não, na minha vida não tem muita badalação não.</p>	Nada à acrescentar
<p><b>Entrevistado 23</b> 23.10.1-Eu acho que melhorou minha vida, porque HD maltrata muito e a gente fica muito fraco e o CAPD não, é bom. Bom não... é melhor que HD. HD maltrata muito a pessoa, só as furadas que a gente leva. Dos dois, o melhor que eu achei foi o CAPD.</p>	Comparação positiva em relação ao método anterior

**ANEXO III**

## ANEXO III

### TEMA I- ENFRENTAMENTO DA DOENÇA

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### DIFICULDADE DE ACEITAR A CONDIÇÃO DE SAÚDE

- 1.1.1-Minha vida como renal crônica eu acho muito difícil.
- 2.1.1-No início foi horrível, prefiro a morte, tive até vontade de me suicidar. Quando o médico disse que eu ia fazer hemodiálise eu disse que não, gritando... chorando que eu não queria,
- 3.1.1-É... eu sinto tristeza porque eu não posso fazer mais nada por causa das vistas também e... e quando eu penso que estou boa dos rins, começa com uma tremura nas minhas pernas, não posso nem andar direito, então eu fico muito triste de ser portadora dessa doença, muito triste..
- 4.1.1- Ser renal crônica é muito difícil a gente não tem liberdade para sair, para trabalhar, enfim pra viver com a maioria da família, porque assim... Na mesma hora que você tá bem, você já sente uma coisa e tem que tá alí pra falar com o médico, as vezes para aonde a gente vai é longe, então é muito difícil.
- 5.1.2-Eu... eu... só vivia chorando, chorava, preocupada, muito nervosa, os médicos disse que eu tava muito nervosa, não queria aceitar minha doença de jeito nenhum,
- 6.1.1-Dependente de um tratamento, hoje tá melhor né? porque... eu sinto quase normal... é ser doente né?
- 7.1.1-claro que a gente fica assustada, né?... pensa que nunca vai acontecer com a gente, né? mas depois... é... aí a gente procurou o que deveria fazer
- 8.1.1- Pra mim é difícil, é ruim, e não é pouco, porque doença nenhuma é boa, né? mas...eu tou sentindo bem Só que eu tenho problema do rins, problema do coração, de hipertensão, é bastante difícil pra mim.
- 9.1.1- estragou um pouco minha saúde, né? trabalho primeiro lugar, eu não sou mas aquele homem que era antes. Eu trabalhava na roça, eu estou passando uns tempo na cidade até ficar bom e voltar pra minha roça, porque me exigiram uma casa forrada, com banheiro e tal...e tal...
- 10.1.1-No início foi um pouco difícil, um pouco não, posso falar que foi muito difícil,
- 11.1.1-É difícil, né? doença né, a gente tem que procurar se tratar pra... não é muito bom não, de qualquer maneira é meio difícil.
- 13.1.1-Bom, o pior é o problema na cabeça, eu tenho pressão muito alta e enxergo muito mal... mal...mal, vejo tudo escuro.
- 14.1.1-No início foi muito difícil pra mim, aceitar que eu tive que parar de estudar, parar de trabalhar pra me dedicar só a doença, entendeu? porque prá aceitar... você tem que aceitar a doença na sua vida e... foi difícil,
- 16.1.1-foi assustador, mas muito assustador porque eu tive com o médico e ele nos deu assim uma... impressão que parecia que eu ia ficar sentado em casa esperando a morte chegar, e a orientação dele foi muito fraca pra o que eu queria, então... não deu uma orientação como devia...
- 17.1.1-foi muito difícil, ter que aceitar, saber que ia para a máquina um dia...
- 18.1.1-logo no começo quando eu fiquei sabendo foi um choque, né? eu tinha muito medo.
- 19.1.1-se não existisse a doença seria melhor, né? no início foi difícil como qualquer doença,
- 20.1.1-Eu sinto muito triste de ter essa doença porque eu não posso trabalhar
- 21.1.1-no início fiquei desesperada,
- 21.3.2-No início eles ficaram igualmente a mim, desesperado, aí foi se acalmando,
- 22.1.1-no início sentia muita revolta, muito desespero,
- 23.1.1-É muito difícil viu? mas tem que aceitar. Eu não achei muito fácil não, é difícil.
- 23.3.1-No início não foi bom não, porque eu tava muito agoniada, sei lá, sem saber o que era, né? fiquei muito agoniada, nervosa, fiquei louca. Eu respondia assim... eu dizia que não queria morrer, que eu era jovem ainda... fiquei desesperada. Eu respondia muito, respondia mal.

### NEGOCIAÇÃO

- 4.1.2- O problema renal é um problema muito difícil de se viver, só mesmo a gente que tem Fé em Deus e que luta pela sua vida.
- 5.1.3-mas gora Graças a Deus eu já aceitei minha doença e Graças a Deus me conformei, eu vou fazer o que, né? na mão de Deus.
- 5.2.3-por enquanto eu fico fazendo o tratamento, fazendo direitinho que nem os médicos pede, com Fé em Deus há de dar tudo certo, e eu peço a Deus pra me dar muitos anos de vida pra criar meus filhos
- 5.10.2-todos os dias eu agradeço a Deus de tá viva porque faltou pouca coisa pra eu morrer. Graças a Deus... todos os dias eu rezo e agradeço a Ele.
- 9.1.2- Mas eu pretendo voltar eu já tou construindo uma casa mas ou menos, porque eu não posso pegar peso né? mas eu ainda tem Fé em Deus de voltar ao que era.
- 9.10.1-Eu agradeço a Deus em primeiro lugar, e a orientação que o CAPD me alumiu... eu tou me recitando e tou me sentindo bem.
- 14.6.2-e pedir muita força a Deus pra continuar.

### RESIGNAÇÃO

- 1.1.2-porque a gente sem condição tudo é difícil, mas mesmo assim eu vou levando até o dia que Deus quiser.
- 4.10.1-Era melhor que não existisse esse problema renal, mas já que existe, vou ficar com o CAPD
- 5.1.1-Eu agora tou até conformada com a minha doença, antes eu não me conformava de jeito nenhum.
- 5.2.2-Não vou dizer pra Senhora que eu fico feliz porque... eu vou fazer CAPD até o dia que Deus quiser.
- 8.10.1-Minha vida tá bem...não é normal porque a gente que tem esse problema, né? tou feliz...não pode dizer assim...mas ni um ponto eu estou feliz, que meu povo tá perto de me, me trata bem, são todos carinhosos.
- 10.1.2- mas agora com o tempo você se acostuma, a gente põe na cabeça que tem aquele problema e que a melhor solução é fazer um tipo de tratamento pra poder sentir melhor, pra poder realizar as atividades como mãe, como esposa, como pessoa.
- 10.10.1-Só que antes a gente dava mais valor a vida, a gente pensa que vai viver cem anos... mas depois que acontece uma coisa assim, a gente quer mais aproveitar né? cada dia... cada semana... cada oportunidade que tiver de sair nunca pode desperdiçar, porque não sabe se amanhã a gente tá sentindo bem ou não? Então eu acho melhor pelo menos que toda pessoa que tiver doença renal, eu tiro por me... eu prefiro é... aproveitar cada dia... cada oportunidade que tiver... com namorado, com filho, com minha mãe, com todo mundo.
- 12.1.1- Tem que respeitar, né? que eu tenho que me cuidar, né?
- 18.1.2-Aí eu acabei aceitando e Graças a Deus eu tou ótima.
- 19.1.2-mas depois, como eu sou religiosa, pedindo muito a Deus, com oração, e eu... estou na luta né?
- 21.1.2-mas depois... me conformei, agente não aceita, né? porque ninguém aceita o problema né? mas me conformei, Deus quis assim, né?
- 22.1.2-mas agora eu tô me conformando, tô me sentindo normal, não tem jeito mesmo... a gente tem que aceitar.

**ANEXO IV**



## ANEXO IV

### TEMA II: SENTIMENTO EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

SATISFAÇÃO COM O CAPD
1.2.1-O tratamento tá bem,
2.2.1 Foi maravilhoso. Eu gosto do CAPD é ótimo...
2.8.2 Pra mim o CAPD foi maravilhoso eu não tenho o que queixar, eu estou muito bem cuidada.
3.2.2-Depois do CAPD, eu tô melhor, mais animada, só isso.
3.10.1-Eu sinto melhor agora do que antes.
4.2.1-É bom. Ele dar liberdade pra a gente se alimentar, beber água.
4.2.3-mas mesmo assim é uma maneira melhor para você viver,
4.2.5-Então eu aconselho, qualquer pessoa que me perguntar, o que eu acho do CAPD? Eu falo que é bom, porque realmente ele é bom, ele dar mais condição de vida para a gente.
4.10.2-e aconselho a qualquer pessoa que tente o CAPD pra ver, porque quando a gente fala a pessoa não acredita, só quando passa pelo problema, hoje eu sinto uma pessoa bem mais alegre, bem mais disposta, tenho disposição para estudar e procurar trabalhar, com o CAPD.
5.2.1Graças a Deus eu tou bem... Se eu soubesse que eu ia me dar tão bem eu já tinha feito muito antes... muito antes mesmo. A pressão diminuiu, eu só vivia morrendo, só vivia desmaiando, só vivia passando mal com pressão alta, mas Graças a Deus eu me sinto muito bem agora.
5.10.1-Eu Graças a Deus eu tou bem melhor, tou recuperada, tou outra pessoa,
6.2.1-Pra mim, depois do CAPD, foi muito melhor, eu nem lembro que eu tou doente, eu não sinto nada, né? só tem a... o direito de quatro vezes no dia fazer trocas né? tem que tá naquele horário certo... só isso... mas não atrapalha em nada.
6.2.8-Pra me foi dez o CAPD, não quero voltar mais de jeito nenhum pra hemodiálise, daqui... só para um transplante.
6.3.2-agora depois do CAPD todo mundo gostou mais,
6.3.4-foi ótimo o CAPD.
6.4.2-Aí os amigos também achou ótimo né? Ave Maria!.. esse tratamento foi uma Graça pra ela ,faz em casa e come tudo, fica falando né? Saio com eles o tempo todo, o dia todo despreocupada, não tem mais aquele compromisso de vir pra cá.
7.2.1-Ah! Pra me foi uma vitória, né?
7.2.3-porque Graças a Deus, se todo mundo der bem como eu... é uma vitória, acho mesmo importante... importante mesmo.
7.4.2-é porque o CAPD, a pessoa sente assim... totalmente em liberdade.
8.2.1-o CAPD é bom... Hoje eu faço CAPD e não tenho problema nenhum...
9.2.1-Eu achei que melhorei um bando, eu tive estado nervoso, entendeu? tou calmo... depois disso (se referindo ao CAPD) eu tô sentindo normal.
9.7.2-agora dizer que...melhorou muito minha vida da doença pra agora, melhorei entendeu? eu não tenho entendimento porque cair da doença, mas acho que agora tá normal.
9.10.2- Depois do CAPD eu miorei mais de 90%.
14.2.3-Depois que eu comecei CAPD foi que minha vida melhorou assim... eu posso dizer que 80%, entendeu?
14.2.5-depois do CAPD melhorou muito, para mim, 80%, foi ótimo!... Eu faço quatro trocas e os horários é de acordo com a minha vida, viu?
14.10.3-Pra mim, não sei o que seria de mim, se não tivesse o CAPD, que melhorou muito, quem me viu antes e me ver hoje, nem me reconhece, pensa que eu já fiz o transplante, pela minha condição física, que mudou muito, Graças a Deus.
15.1.1-ele não deve só tá esperando pelos médicos, ele deve se cuidar também né? De todo modo ele deve se cuidar
15.2.1-melhorou muito minha vida, até que eu não estou tendo muito problema, melhorou minha vida um tanto por cento.

- 15.2.2-Ele tem que tomar cuidado, ele tem que se assear bem na hora de fazer... tem que fazer na hora certa... que senão dá problema...
- 15.7.2-agora em parte da vida... o CAPD melhorou muito minha vida... melhorou muito.
- 16.2.2-mas vencemos e agora está totalmente bem, bem situado, não dói, nunca tive infecção,
- 16.2.3-eu procuro fazer a coisa bem... como pediram né? e daí então eu faço a revisão a cada trinta dias... eu tenho passado muito bem.
- 16.10.1-Está sendo muito bom o CAPD, o material chega em casa pontualmente, o atendimento é muito bom.
- 17.2.1-É ótimo... desde a implantação, treinamento e tudo.... eu gostei.
- 17.10.1-Minha vida tá ótima!
- 19.2.1-eu não tenho o que queixar, eu não sinto nada...eu não sinto nada realmente, as vezes eu só lembro, quando eu entro no meu quarto pra fazer o tratamento, mas independente disso... faço trocas todo dia
- 22.2.1-Tá bem... agora eu já estou fazendo, já tenho que fazer... fazer numa boa, levar normal.
- 22.2.3- em outros pontos minha qualidade de vida melhorou, que eu estou sentindo melhor, mais disposta,

### **NORMALIZAÇÃO DA VIDA COTIDIANA**

- 2.10.1-A minha vida continua as mil maravilhas, eu sempre tive uma vida boa graças a Deus, sou muito querida, muito comunicativa, eu sempre gostei de festas, folia e até hoje eu participo. Nos aniversários a gente dança, canta, e você precisa ver como eu canto.
- 6.2.3-CAPD viaja, o CAPD já tá em casa despreocupada, até engordando eu tô, comendo tudo... porque pode comer tudo
- 6.2.5-pode tomar uma cerveja,
- 6.2.7-mas ainda dá pra botar um biquinzinho e tomar um solzinho de leve..., vai tomando uma cervejinha e vai levando a vida né?...CAPD não, tá ali... acorda no horário que quer né? Não trabalhava e hoje eu trabalho, estudo e fico perto de minha filha o tempo todo, ajudando nas tarefas.
- 6.3.3-porque eu posso ir pra casa de minha mãe ficar lá...E para a filha e o marido também é bem melhor, me dá o maior apoio, e a menina diz ah! mainha, agora você pode ficar perto de mim direto, e hoje eu fico perto dela o tempo todo,
- 7.3.2-depois do CAPD, eu vou pra todos os lugares, agora mesmo na época de São João, São Pedro, ochi!... eu dancei forró, saí com meus filhos, meu esposo, foi uma alegria total. Eu sei que tenho problema, mas depois do CAPD, nem lembro assim que tenho problema renal, as vezes até esqueço, porque não me empata em nada, seu saio, passeio, brinco, Graças a Deus.
- 9.7.1-não me atrapalhou de maneira nenhuma...eu pensava ser uma coisa ruim e tal, não, é normal.
- 10.5.2- Mas disposição (refere ao trabalho) eu posso dizer que tenho, não todos os dias, mas eu tenho.
- 14.2.4-porque, ainda que eu faça o tratamento em casa, tive a oportunidade de trabalhar, de voltar a estudar novamente, ter uma vida assim... praticamente normal..
- 15.2.3- mas o CAPD pra mim foi uma coisa muito importante, eles escolheu a coisa certa pra mim, eu levo uma vida como outra pessoa qualquer
- 15.8.1-Melhorou 100% né? voltei a comer algumas coisas que eu gostava de comer, agora já como um pouco temperado, só não como muita gordura porque eu sei que não faz bem, minha vida mudou toda depois do CAPD, minha vida tá voltando a normalidade né?
- 16.3.2-Eu recebi a visita de parente que eles achavam que iam me encontrar em cima da cama, doente, porque achavam que era uma doença... e eu não considero de maneira nenhuma... ,aí eu expliquei... mostrei... agora isso não impede nada de ter uma vida normal. Ele disse: eu vim fazer a visita pensando em lhe dar apoio e foi você que me deu apoio, porque eu, bom... estou me achando pior que você, eu disse não, você não pode baixar a cabeça, a vida continua e nós temos que vencer todas essas coisas.
- 17.2.4-A gente tem mais liberdade, pode sair.
- 20.2.2-depois quando eu comecei a fazer em casa eu me sinto mais melhor tenho vontade de fazer as coisas.
- 23.1.2- Mas eu não me sinto mal não, porque eu faço minhas coisas tudo, trabalho de dentro de casa eu faço tudo, não fico cansada, não sinto quase nada sobre o problema.
- 23.2.2- Eu achei melhor, dar mais condição a pessoa, pra trabalhar em sua casa direto, né?

### COMPARAÇÃO POSITIVA EM RELAÇÃO AO MÉTODO ANTERIOR

1.2.3-eu acho bom né? porque na máquina, quando eu tava na máquina, eu passava muito mal, passava muito mal mesmo. CAPD é a melhor coisa, porque a gente faz em casa, porque eu tenho medo de passar mal como eu passava.... Com CAPD eu sinto muito melhor.

4.2.4- é uma maneira que os médicos descobriu que eu acho que é 70% melhor que HD. Eu as vezes fico a noite assim preocupada com o aparelho, pra não ter que voltar pra essa máquina, pra não ter que tá furando, não quero ser crucificada com essas agulhas, então eu sei que posso correr o risco de acontecer isto, mas eu faço o impossível pra não voltar pra a HD. Porque eu não gostava de tomar furada, ficar na máquina assustada!... Você vê uma pessoa passar mal, você também fica com medo, só de vê, você pode também passar mal, pois você sabe que tá na mesma situação.

6.2.2-CAPD é melhor que a Hemodiálise. Melhor porque... só em poder comer tudo... não tomar agulhada, ficar quatro horas numa máquina, ali... filtrando o sangue... um perigo né?... capaz de ser contaminada por alguma coisa né? ninguém sabe... CAPD não...

7.2.2-porque na máquina quando eu fazia hemodiálise eu não sentia bem, eu sempre... sentia mal, minha pressão caía quando eu tava na máquina, teve um dia que eu quase morro, fiquei sem fala, fiquei bem ruim... estou achando ótimo mesmo o CAPD e.. praticamente eu não tenho mais problema

7.10.2-porque tem gente que não dá na máquina que tem medo...que tome coragem e faça CAPD que é bem melhor que fazer hemodiálise na máquina, incomparável, eu acho bem mesmo.

10.2.1-eu acho que é o melhor tratamento pra quem tem insuficiência renal crônica, que... que eu não precise nunca ir pra máquina,

11.2.1-Pra mim o tratamento é melhor que fazer hemodiálise na clínica, né? que fazer em casa é muito melhor, eu tou em casa, tou trabalhando e na hora certa eu faço a troca,

12.2.1-Gostei mais, porque na máquina eu passava mal direto em casa.... eu tenho a pressão alta, em um ano minha pressão ficou boa..Graças a Deus.

13.2.1-O tratamento tá normal, faz quatro trocas no dia. Depois do tratamento eu estou melhor, antes eu não sentia bem na máquina.

14.2.2- porque eu sofria muito na máquina, eu tomava quatro bolsas de sangue por semana, entendeu? e vomitava muito, eu passava muita dificuldade na máquina, eu ficava magra... magra... magra

14.10.2-Nada que seja tão complicado como a hemodiálise.

15.10.1-Melhorou 100%, eu só tinha medo mesmo de fazer hemodiálise. Mas depois que meu médico me informou que CAPD era menos dolorido, era melhor pra mim... eu resolvi.

17.2.3-que antes eu só ficava deitada... era mole o tempo todo. Com o CAPD não, só tenho os horários, pára nos horários faz a troca, aí pronto! Me sinto muito bem.

20.2.1-Eu gostei mais desse tratamento que faz em casa do que o daqui. Minha vida é melhor hoje porque eu me sinto outra pessoa assim... que quando eu fazia na máquina eu não tinha disposição pra fazer nada, era outra pessoa,

20.3.2-Agora por outro lado, melhorou porque agora eu fico em casa, antes eu vinha três vezes aqui e só venho aqui de mês em mês fazer revisão ou quando passa mal.

21.2.1-eu tou achando melhor né? porque minha fístula no meu braço inchava... o braço ficava muito inchado, não tinha mais condições de furar e agora depois que eu fiz CAPD, desinchou, tou achando bem melhor... por enquanto tá bem melhor!... se continuar assim...

21.3.3-Hoje eles tá achando melhor porque livra viagens, agora é só uma vez, ficou melhor, bem melhor, bem melhor.

23.2.1-CAPD é melhor que HD, eu gostei. Porque é muito rápido e HD é 3 horas.

23.10.1-Eu acho que melhorou minha vida, porque HD maltrata muito e a gente fica muito fraco e o CAPD não, é bom. Bom não... é melhor que HD. HD maltrata muito a pessoa, só as furadas que a gente leva. Dos dois, o melhor que eu achei foi o CAPD.

### DESCONFORTOS CAUSADOS PELO CAPD

- 1.2.2-eu acho ruim porque as vezes já inflama na barriga...
- 1.2.4 As vezes a barriga fica dura, quando eu boto líquido que fica muito tempo dói
- 1.8.1-Me alimentar é difícil, enche muito, eu tou muito enjoada e eu não tenho muita vontade de comer eu me alimento mais assim com frutas, mamão, maçã, pêra é que eu me alimento mais.
- 1.8.3-mas é a boca que não pede.
- 1.10.1-Mas o líquido incomoda porque qualquer coisa que eu como o estômago fica cheio, parece que tudo tá cheio, o médico disse que depois acostumava, mais eu nunca acostumei.
- 2.2.2-Mas logo no início do tratamento por CAPD eu ficava com o intestino preso, fazia lavagem tomava lacto purga pra voltar a funcionar.
- 3.2.1-O CAPD no começo eu ficava muito ruim na hora que ia filtrar o sangue né? ficava ruim mesmo me dava uma dor de cabeça que desgovernava o corpo, já no fim eu tava sentindo bem graças a Deus.
- 4.2.2-Mais prende... prende. a gente não pode ter liberdade pra sair, porque é quatro vezes por dia que faz, então é uma coisa que você tem que deixar tudo e fazer o CAPD, pode tá fazendo o quse tiver né?
- 5.5.4-e tem dia que ataca aquela fraqueza no corpo, eu não sei explicar... tá assim... desanimada... desanimada e a gente não tem como fazer nada.
- 6.2.4-só empatou ir na praia mas... dá pra levar.
- 14.2.1-no início foi outra dificuldade, porque a primeira vez que eu coloquei o aparelhinho (refere ao catéter) não deu certo... eu fiquei desesperada.
- 14.10.1-Melhorou muito... tem suas complicações o CAPD também, entendeu? Tipo assim... quando é tempo frio a bolsa fica muito fria, eu sinto aquele frio... entendeu? É ruim isso, tem dia que eu sinto super mal, tem dia que tá fazendo aquele calor e depois do CAPD seu corpo fica todo gelado, você tem que vestir uma blusa de frio, tem essas situaçõezinhas entendeu?
- 16.2.1- no início houve alguns problemas ajustáveis... de adaptação do meu organismo ao catéter que era um produto estranho.
- 18.2.1-Muda muito a vida da gente, né? Porque a gente tem que fazer 4 vezes por dia, muda muito a vida da gente no caso de querer viajar... que não pode, tem que tá sempre naquele horário, ficar alí pra fazer o tratamento, tem que ter muito cuidado por causa da infecção e de qualquer forma muda muito a vida da gente, é chato né? mas, a gente tem que fazer...
- 18.4.1-Não tenho muito tempo assim pra tá... participando de algumas coisas, saindo e tudo...porque a gente fica mais restrita a aquilo alí, né? a saída tem que ser pouca, né? só no intervalo do tratamento.
- 18.6.1-eu gostava muito de praia, mas não posso ir.
- 20.3.1-Ficou mais pior, porque quando eu era sã que eu não tinha esse problema eu trabalhava muito na roça ajudava meu marido, né? os filhos mais velhos me ajudava, a gente que mora no interior a gente vive é de roça, né? e hoje em dia ele faz, mas é mais ou menos pouco estuda e eu ni roça não posso trabalhar.
- 21.8.1-eu não tou alimentando muito bem não, eu tou assim... sem apetite.
- 22.2.2- Assim ni uns pontos piorou porque eu sinto prisioneira porque... então você vai pra um lugar passa da hora, atrasa, aí fica tudo mais difícil.
- 22.2.4- mas também eu não posso fazer muita coisa porque incomoda um pouco, porque tem que ficar cheia de líquido, aí incomoda. Não sei se é porque eu não me adaptei ainda ao tratamento, porque disse que depois a gente se acostuma que nem sente, né? mas por enquanto ainda tá.
- 22.8.1-Eu diminuir um pouco porque eu comia muito, eu não como de vez porque o estômago fica muito cheio, aí eu como pouquinho.

### AUTO-CONFIANÇA

- 7.10.1-eu quero dizer que as pessoas que tem medo de fazer, eu aconselho que faça como eu...tome coragem, porque vai dar certo, porque eu tenho Fé em Deus que as pessoas...
- 8.3.2-eu sou uma doente alegre, sabe? não me entrego, não me aborreço com nada, não...tou bem.
- 9.5.2-mas eu espero voltar...com Fé em Deus. ...que eu não vou ficar vivendo pelos outros, eu podendo cuidar de minha vida eu volto, se a doença não me atacar mais
- 18.10.1-Eu confio em Deus e acredito que vou ficar curada pra voltar a ter uma vida normal, né? Mas, quanto a esse problema (se referindo ao CAPD) eu me sinto bem.

**ANEXO V**

## ANEXO V

### TEMA III- RELACIONAMENTO FAMILIAR

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### MELHORA DA RELAÇÃO FAMILIAR

1.3.1-Ficou bem...até que eles ficou mais constante comigo né? eu não tenho que falar deles, ficou tudo bem. Não mudou nada, só não me ajuda porque não tem condição. Mas em casa me ajuda, tem uma filha caçula, ela me ajuda, é a que vai lá em casa todos os dias, as vezes vai duas vezes no dia, ela vai fazer tudo todos os dias, não mora muito perto não, mas ela vai.

2.3.1-Ficou maravilhoso, todos me paparicam, aumentou bem a atenção, se eu for pegar alguma coisa não deixam porque é pesado, eu não faço nada

4.3.1-ficou uma maravilha, com minha mãe com o pessoal da igreja. Depois do CAPD, eles aprenderam a entender o que é uma pessoa renal crônica, descobriu que não é aquela coisa tão amedrontada, e com o CAPD eles começaram a ver eu fazer CAPD tomando água bastante, bebendo suco que não podia e aí ele começaram a entender e também ficar muito alegre e falaram que era pra mim ter feito isto desde o começo. Minha mãe é uma maravilha, meu pai é bom, mas minha mãe é uma benção, é uma mãe maravilha, é uma mãe amiga, é tudo pra mim, é quem me ajuda, eu não posso sentir nada porque minha mãe preocupa bastante,

5.3.1-melhorou mas ainda, se minha família já me amava, mais amada ainda... mais ainda, principalmente meu marido, ele toda vida gostou de mim, agora depois da doença mais ainda, eu tenho que agradecer em primeiro lugar a Deus e segundo ele que é um marido muito bom pra mim. Marido bom, filhos muito bom também e graças a Deus eu recuperei. Graças a Deus a minha família me deu muito apoio, agora tudo tá bem. Graças a Deus, eu sei que eles mata e morre por me.

6.3.1-Bem melhor, já era boa, que a minha família já me apoia em tudo...

7.3.1-Ótima... melhor que era antes.

9.3.1-Tá bem...meus filhos é um braço direito meu

10.3.1-moro com minhas filhas, minha mãe, e meus irmãos que são dois. A relação com eles continua sendo boa, só que eles tomam mais cuidado com a gente e tudo.

12.3.1-Eu tenho muito apoio de minha família, as vezes do meu marido eu tenho até mais, se não tivesse esse apoio era pior ainda. Eu tenho muito apoio de minha filha, minha mãe, minha irmã, minha sobrinha.

14.1.2-agora com a família, ela é muito importante o apoio da família, dos amigos é muito importante.

14.3.1-minha família é ótima, por ser todos Cristãos na minha família, entendeu? então... todo mundo se dedicou inteiramente a mim. Eu morava em com meu irmão e quando eu adoeci eu vim pra aqui. Mas o relacionamento com a família Graças a Deus tem sido ótimo. Tem me dado apoio... mora eu, minha mãe e um irmão. Depois da doença melhorou mais ainda, eles me dão mais apoio, dedicam demais a mim, sempre com cuidado.

15.3.1-É bom, ótimo... não é todo brasileiro que tem a sorte que eu tenho de ter uma esposa assim. ...porque ela me ajuda também, se eu tou doente ela não vai trabalhar então, pra mim é importante ela na minha vida. Eu também tenho uma irmã que gosta muito de mim... me adora. Pra mim essas duas pessoas é fundamental na minha vida. Tenho outros irmãos, a relação com eles tá bem...só que meus irmãos não liga pra mim... mas já era assim antes, minha mãe é muito doente e meu pai já morreu.

16.3.1-Olhe ficou muito bem... muito bem.

17.3.1-Me deu o maior apoio... meu filho é assim... ótimo! Ele fica assim... já tomou remédio? Tá sentindo alguma coisa? Meu marido também... ele chegou em casa não me encontrou, já veio pra aqui me procurar. Meus irmãos sempre tá ligando pra saber como é que eu estou. Toda a família me dar o maior apoio.

21.3.1-Ficou bem. Graças a Deus minha família me deu muito apoio e me dá até hoje.

23.3.2-Agora tá ótimo. Graças a Deus.

**SEM ALTERAÇÃO NA RELAÇÃO FAMILIAR**

3.3.1-Ficou igual era, me cuida do mesmo jeito de quando eu era sã, não mudou nada.

8.3.1-Ficou bem, não mudou em nada, tem hora que eu sinto assim....um pouco triste, mas .eles tá rente comigo, são amável, sempre foram, não depende de mim,

11.3.1-Ficou a mesma coisa, ficou bem, não tem dúvida nenhuma, ficou tudo normal.

13.3.1-vai tudo bem, eles dá assistência.

18.3.1-Continua a mesma coisa, não mudou nada, sempre me dando apoio. Meus filhos Graças a Deus me dá o maior apoio, e meu marido também. Toda minha família me dá apoio.

19.3.1-Eles ficaram um pouco abatido e eu não sei se a doença em si deixa o paciente um pouco nervoso. E aí ela complica, mas eles aceitaram, me deram apoio , inclusive os médicos conversou com meu esposo na época que eu ia ficar um pouco nervosa, pra ter paciência, mas tem uma hora que não tem né? as vezes eu fico nervosa ele sente nervoso aí acha que tá doente pra poder essas coisinhas Mas eles aceitaram, me deram apoio, eu não vou dizer que não me deram. Eu acho que o paciente precisa de todo afeto todo carinho não é que você vai se aproveitar disso pra até criar uma situação difícil dentro de casa, pra se relacionar com o marido e com o filho, mas se existe uma compreensão, um certo amor ajuda muito no tratamento, principalmente o emocional. Eu conto com esse apoio, mas ultimamente, eu estou sentindo dificuldade.

22.3.1-Não mudou nada, continua do mesmo jeito. Eu moro com meus 4 filhos e meu marido. Eles receberam a doença e o tratamento muito preocupados, que eles se preocupam muito comigo, eles saem e ficam telefonando,

**ANEXO VI**



## ANEXO VI

### TEMA IV- RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### MELHORA NO RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS

- 1.4.1-Ficou bem. Nada de diferente com meus amigos. Todos sabem do meu problema e melhorou mais ainda quando soube que eu tinha essa doença, deram mais atenção ainda.
- 4.4.1-Meus amigos eu não aceito que eles falam que eu tou doente, esse negócio de CAPD eu quero que eles esqueçam porque eles me protegem muito na escola ou na rua, é pra eu não pegar peso, não quer que eu vá no quadro por causa do giz da poeira, não deixa eu fazer nada. Minha relação com eles é ótima e melhorou bastante depois da doença, eu descobri muito mais amigos, descobrir pessoas novas e eles me aceitaram como eu era.
- 6.4.1-Melhor também, porque eu tou perto deles também. Só que eu nunca cheguei assim a mostrar o catéter a eles que pra explicar como é, tem que levar lá em casa que eles não entendem, ficam perguntando: como é? como é? fica tudo querendo saber, né?
- 7.4.1-Melhor também.
- 9.4.1-Ni amizade com os amigos eu tenho amizade muito boa, eu tenho amigo que chorou até minha falta na minha doença, me ajudou pra mim vencer a batalha...nenhum correu de mim não, todo mundo ficou unido comigo. Os amigos...eu tenho amigo mesmo continuou a mesma coisa não me falta visita, até que eu criei mais amizade que vem pra aqui o povo me trata muito direito .eu tenho maiores amizades.
- 14.4.1-Muito boa, então melhorou mais ainda quando eles souberam que eu tou passando por isso, entendeu? eles me deram mais apoio ainda. Não mudou nada não, Graças a Deus! O namorado também sabe meu problema de saúde, sabe que eu faço CAPD é uma pessoa madura, entende, já comecei a namorar depois do CAPD.
- 19.4.1-Graças a Deus, eles aceita. A relação com eles é normal, sabe do meu tratamento, sabe do meu problema, me ajudam, me incentivam, entendeu?
- 21.4.1-Ficou tudo assim desesperado no início, mas ficou bem também, me deram apoio.

##### SEM ALTERAÇÃO NO RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS

- 2.4.1-Não tenho o que falar, foi tudo normal, todos vão lá, vão ver eu fazer
- 5.4.1-Ficou a mesma coisa, do mesmo jeito, meus amigos também a mesma coisa, todo mundo ficou triste porque eu sou uma pessoa muito querida pelo povo, então minhas primas, meus primos, minha família toda, colegas ficaram tudo triste quando soube mas sempre me dando apoio, pra eu não desanimar, pra seguir em frente que tinha Fé em Deus, que eu ia miorar, como eu recuperei, Graças a Deus.
- 8.4.1-Tá bem não mudou em nada.
- 11.4.1-Bem, a mesma coisa.
- 13.4.1-Os amigos vão lá visitar, tou bem com eles tudo, né?
- 15.4.1- Tá boa aquela gozação de sempre, né? mas eu não ligo mais pra isso eu sou um cara que sou muito brincalhão, sou um cara que as vezes até esqueço que sou doente no meio do pessoal não fico dentro de casa porque se eu ficar dentro de casa eu não fico bem, né? tem que sair pra conversar, dialogar, pra descontrair, esquecer um pouquinho mas tá sempre dentro da gente que a gente tem que tomar cuidado que a gente tá com aquilo. Eu sou uma pessoa que tem gente que diz assim você é doente nada tá brincando. Eu digo é Deus é que sabe.
- 16.4.1-Tá bem dentro da maneira como eu conduzo a minha vida, entendeu? o nosso entendimento tem muitos amigos meus que não tem a menor idéia que eu tenho esse problema. Mesmo que saiba que eu tenho, mas não ver diferença... porque eu continuo frequentando todos os grupos,
- 17.4.1-Continua a mesma, não mudou em nada.
- 20.4.1-A mesma coisa tem me visitado.
- 22.4.1-eu também não tenho muitos amigos, os que eu tinha continua do mesmo jeito.

**DIFICULDADE NO RELACIONAMENTO COM OS AMIGOS**

3.4.1-Já com os amigos ficou mais fraco, né? eu era uma alegria com eles, hoje em dia eles chega na minha casa eu não tenho mais aquela alegria que eu tinha.

10.4.1-vários amigos não sabem que eu tenho insuficiência renal crônica, eu não gostaria de compartilhar não, porque as vezes alguns acham que a gente não tem possibilidade de fazer determinada coisa e eu particularmente não gosto disso, eu gosto de me sentir igual a todo mundo, entendeu? alguma amiga íntima assim...sabe ou algum amigo, mas são poucos, a maioria não sabe.

12.4.1- hoje em dia a maioria das vezes a gente nem tem amigo, né? Tem amigo, quando a gente tem dinheiro, trabalho e saúde, né? tem muita amizade falsa, mas eu tenho uma amiga que me dá muito apoio. Diminuiu os amigos depois dessa doença, mas não era amigo, né? amigo é aquele que fica, né? com a gente pra o que der e vier.

18.4.2-Os amigos continua a mesma coisa, só eu é que tenho que me afastar um pouco, porque não dar pra ter a vida normal de sempre, no resto todos sabem.

23.4.1-Não, não tenho amigos não. Só minhas irmãs, minha família mesmo. Mas amizade mesmo não tenho com ninguém.

**ANEXO VII**

## ANEXO VII

### TEMA V- TRABALHO

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### DISPOSIÇÃO PARA O TRABALHO

- 1.5.2- em casa eu lavo a minha roupa e a do menino que é roupa leve, passo vassoura na casa, lavo prato, faço minha comida.
- 2.5.1-eu não faço nada, mas as vezes eu faço um almoço. mas eu não faço porque não tem necessidade, mas não por causa do CAPD. Eu faço umas fronhas, eu corto, bordo pra mim e pra meu pessoal mesmo.
- 5.5.1-As coisas de casa, né? eu só trabaio em casa,
- 5.5.3- e aí agora só o serviço de casa... só o servicinho doméstico. Eu cozinho... O CAPD não atrapalha, só o dia que eu tou desanimada.... tem dia que a gente tá bem legal, tá bem
- 5.5.5- mas tem dia que eu tou animada eu faço as coisa eu cozinho, lavo roupa, estendo no varal,
- 6.5.1-Bem melhor, porque eu tenho uma lojinha... Hoje com o CAPD, eu fico o dia todinho lá, bem melhor o trabalho, eu estou tomando conta das minhas coisas direitinho né? vou no horário certo, no trabalho não empata em nada. Eu voltei à escola depois do CAPD, que antes não dava não. Agora não. as vezes eu até esqueço. fico despreocupada, todo dia vou pra loja, né?
- 7.5.1-eu só trabalho só mesmo em casa,
- 7.5.3-Mas em casa eu trabalho e o CAPD não atrapalha nada.
- 7.6.1-Eu faço crochê e bordo.
- 11.5.1-O trabalho continua a mesma coisa também. Eu transporto alunos. Não atrapalha em nada, eu dirijo normal.
- 14.5.1-Eu trabalho numa lanchonete vizinha a minha casa, entendeu? normal, não atrapalha em nada.
- 16.5.1-Eu sou aposentado. Mas minha esposa tem uma loja de confecção e daí então eu procuro assessorar... uma ajuda a ela... principalmente na parte da escrita, contabilidade etc. Eu oriento, vou com ela pra fazer compras...
- 17.2.2-Eu voltei a trabalhar... tenho mais disposição...
- 17.5.1-Eu trabalho com artesanato, eu faço velas artesanais, sabonetes etc.
- 17.8.1-Ah!... melhorou bastante.
- 18.5.1-Eu faço as coisas normalmente, porque eu nunca trabalhei fora, sempre trabalhei em casa mesmo, eu faço tudo normalmente. Eu tenho um barzinho em casa e eu tomo conta do bar e continuo trabalhando, não me incomoda.
- 19.5.2-eu trabalho vendendo roupas íntimas, bijuterias, eu faço meus bicos em casa.
- 20.5.1-Só faço uma comida, arrumar uma casa, só... não tem outra coisa
- 21.5.2-mas agora eu quero ir de novo que eu tenho mais tempo. E agora tou querendo voltar, tou sentindo bem, um pouco mole, mas hoje mesmo vou conversar com Dr<sup>a</sup> I. pra eu voltar a trabalhar. Em casa eu faço comida, faço os trabalhos domésticos de dentro de casa
- 22.5.1-Nunca trabalhei não... Eu mato o tempo fazendo crochê.
- 23.5.1-Não trabalho não e nem trabalhava antes. Em casa eu faço tudo,

**PAROU DE TRABALHAR FORA EM CONSEQUÊNCIA DA DOENÇA E/OU CAPD**

1.5.1-Eu trabalhava antes mas... mas acabou a fábrica, faliu. Depois da doença não trabalhei mais,

3.5.1-depois que minhas vistas escureceu eu não faço mais nada é só sentada em minha casa o tempo todo, pra ir na mesa pra almoçar é meu povo que me leva, eu não tenho mais alegria.

4.5.1-Eu tou tão envolvida com esse negócio (refere ao CAPD) que eu não trabalho, quem me sustenta são meus Pais.

5.5.2- porque eu não posso mais trabaiair na roça né? e antes eu trabaiaiva na roça,

5.5.6-assim... eu fiquei com essa mão um pouco esquecida, foi depois do problema renal, né? não sei se foi de fazer tanto a bichinha... como é... (se refere as duas fístulas do braço esquerdo), eu digo que foi, essa mão, tá lerdá... lerdá... eu não guento nada... nada... eu faço as coisinha pouca, mas faço

7.5.2-antes eu trabalhava, e eu aposentei depois da doença renal.

8.5.1-Eu não trabalho. Antes da doença eu trabalhava.

8.5.2-Em casa eu faço as coisas com dificuldade porque eu tive derrame e meu braço do lado direito, eu não tenho força

9.5.1-Eu tou parado esses tempos...pra dizer melhor eu só esquento a cabeça por causa de serviço,

10.5.1-eu deixei de trabalhar logo que eu descobri o problema porque eu tinha que tá fazendo exame.

12.5.1-eu vendia confecção, ambulante, mas depois que eu adoeci eu não mexi mais com isso não. Eu ficava com pressão alta... isso preocupa, né? aí eu parei,... Não trabalho, tou em casa,

13.5.1-Eu estou de licença médica. Eu trabalhava de vigilante. Não faço nada por causa da vista, do tratamento do rim... da cabeça. Eu recebo aposentadoria.

15.5.1-O trabalho pega... eu não posso fazer nada... meu trabalho era muito perigoso, eu trabalhava em fiscalização, mas quando eu trabalhava eu perdia muita noite e ficava mal, aí o médico mesmo que mandou me afastar, eu não aguentava mais. Eu gosto muito de trabalhar mas deixei de trabalhar por causa das caimbras, eu não pego peso.... Minha vida é normal só não faço trabalhar, porque os trabalhos que eu sei fazer eu não posso fazer.

19.5.1-desde início eu deixei, porque não aguentava... se for o caso de trabalhar hoje eu poderia até,dos rins eu não sinto nada, nada ia me empatar, mesmo as trocas porque eu só trabalhava um turno, não me atrapalha, mas tem esse problema agora da coluna que complicou Não faço nada, porque o médico proibiu por causa da minha estrutura óssea.

21.5.1- Eu trabalho em casa mesmo, não trabalho fora. eu trabalhava assim pra a gente mesmo com barraca na feira vendendo coisa, eu não tou indo não.

**ANEXO VIII**

## ANEXO VIII

### TEMA VI- LAZER E LOCOMOÇÃO

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### NORMALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL

- 1.6.1-Leio mais a Bíblia , só fico em casa mesmo, só saio na rua quando eu venho na clínica ou a igreja, a única alegria que tenho é quando vou para a igreja. E televisão só de noite que eu gosto de ver as notícias e as novelas.
- 2.6.1 Faço bolo, sequilho, vou passear de carro, de moto, televisão eu tenho no meu quarto para eu assistir na hora das trocas e não sentir triste. Assisto todas as novelas e todos os programas.
- 2.7.1-Eu ando todos os dias meia hora, passear eu passeio de moto, de carro, e viajar eu não acho difícil não, eu coloco minha caixa atrás (se referindo as bolsas de diálise) e vou embora. O CAPD não me atrapalha em nada... nada... nada. Não sinto nada,
- 3.6.1-Eu escuto a televisão mas eu não enxergo, o som eu gosto.
- 4.6.1-vou pra casa de uma colega. Mas eu tenho uma vida maravilhosa, Graças a Deus, como uma pessoa humilde, Graças a Deus maravilhosa. Vou nas festas da Igreja, participo das apresentações, toco guitarra, faço apresentações na cidade mesmo e em outra cidade vizinha
- 5.6.1-Em casa eu assisto televisão.
- 6.6.1-Passeio muito, passeio, viajo, vou pra fazenda. Além disso, ando de moto, dirijo, ando de bicicleta, nada me empata. Eu venho dirigindo pra cá, eu ando até de cavalo, só precisa ter cuidado pra não cair, não fico parada não, minha vida é normal mesmo, normal... normal.
- 6.7.1-Pra viajar eu pego minhas caixas certinhas, e o local que eu vou é limpo, forrado. Eu só vou pra local assim, se não for assim e não der pra me ir eu fico. Eu ando o tempo todo.
- 7.7.1-Eu sempre vou pra casa de meus irmão, lá em Salvador, passo dois, três dias lá, troca lá, não atrapalha nada. Eu ando todos os dias.
- 8.6.1-vou a Igreja três vezes na semana e assisto televisão.
- 9.6.1-eu só andava dentro da minha roça, eu. não sou chegado a diversão nenhuma.
- 10.6.1-eu vou pra shows, eu danço, eu namoro, tenho meu namorado, ele sabe todo meu problema, me entendi, ele sabe e entendeu, por isso eu tou feliz com ele.
- 10.7.2-agora pra andar e passear é normal.
- 11.6.2-Passear as vezes.
- 12.6.1-Eu gosto de sair, de passear, gosto de festas,
- 14.6.1-Eu leio muito, também mexo um pouco com o computador procuro saber mais sobre minha doença, como me cuidar. Final de semana, saio com meus amigos e com o namorado, passeio, essas coisas. Se você não adaptar sua vida a realidade, fica difícil, o paciente renal crônico se ele não tentar se divertir, esfriar a cabeça, procurar outras coisas pra fazer ele acaba ficando louco, porque é muita coisa que acontece, você tem que se adaptar a sua realidade, sair, se divertir
- 14.7.1Melhorou muito!.. E depois que eu comecei a fazer CAPD é totalmente diferente, melhorou 100%, a minha saúde mesmo... eu ando normalmente, passeio, viajo. No ano passado teve programação da minha Igreja, eu tava indo pra Salvador e voltando, quando não dava pra voltar eu levava as bolsas e ficava lá entendeu?
- 15.6.1-Eu gosto de jogar um buraquinho pra distrair, as vezes eu fico conversando com o pessoal, eu tenho ainda muito amigo, minha relação lá é ótima.
- 16.6.1-Assistir televisão, novela, jornal, jogo etc.
- 16.7.1-Eu não viajo pra longe, mas eu gosto muito de dirigir, eu venho pra Feira, Salvador, né? Eu trago as bolsas e faço as trocas na casa de meu irmão . Não atrapalha, nem passear, nem andar, não sinto nada.
- 17.6.1-Gosto muito de ler
- 17.7.1-Eu viajo, eu viajei agora pra Barreiras, passei uma semana lá Eu passeio e ando normal.
- 21.6.1-Assisto televisão e saio pra ver minhas amigas .
- 22.6.1-Eu faço crochê, assisto televisão, novela, essas coisas e ainda vou a missa.
- 23.6.1-Faço nada. Me divirto sozinha mesmo. Eu ligo um sonzinho as vezes, mas também não sou de tá demais no som não.

### LIMITAÇÃO DE LOCOMOÇÃO PELO CAPD

1.7.1-Pra gente que faz CAPD pra sair é difícil, porque não é qualquer lugar que a gente pode fazer (referindo as trocas), aí é difícil. Porque tem que ter um canto muito limpinho, certinho pra fazer. Pra chegar lá pra fazer em qualquer lugar aí não dá e tem que levar os medicamentos, o material todo, não viajo não. Nem passear, não saio de casa não. Andar eu sinto muitas dores nas pernas e nos braços.

3.7.1-Não passeio, ando de quatro em quatro dias, mas podia ser todo dia né? mas não me levam, demora quatro dias né? E a gente que mora junto do asfalto, eu não tenho coragem, é só um pedacinho que tem para andar. Pra viajar não posso, porque tem que ter um lugar certo pra fazer as trocas, e só minha neta pra fazer, por lá não tem quem faça esse tratamento não, é só eu.

4.7.1-Pra sair ficou mais difícil porque nós que fazemos CAPD, fazemos quatro trocas por dia, aí pra eu ir pra longe não pode. E pra viajar ficou mais difícil, a gente fica mais apegada a casa. Porque tem que ter horário e local próprio, minha casa é toda forrada. Eu não sinto nada, não sinto dor de cabeça, não sinto dor no corpo. Minha mãe se sente presa depois do CAPD, ela não ficou muito alegre não, porque ela ficou bastante presa. Porque ela quer ir pra São Paulo mas ela disse que sente presa porque eu faço CAPD, ela não pode me deixar sozinha e como é que ela me leva? Se a viagem é dois dias, como é que eu vou fazer as trocas no meio do caminho.

5.7.1Eu gosto de sair, passear mais depois desse tratamento me prendeu muito. O CAPD me prendeu muito, eu não saio muito pra passear, porque tem os horários certo, quatro vezes no dia pra fazer o tratamento, então... eu não gosto de sair porque não pode passar do horário e eu tenho que voltar logo, se for perto é bom, mas se for longe passa do horário e é ruim pra mim mesma, eu gosto das minha coisa direita. Não atrapalha andar, eu só sinto umas dor no pé, eu só ando dentro de casa, no terreiro. Eu nunca mais viajei depois do tratamento, vontade eu tenho de viajar, mas não viajei por causa do tratamento. .Aí também eu quetei, nunca viajei não, pra ir tem que levar as mujigangas tudo... (se refere as bolsas de diálise para as trocas).

6.2.6-falo do banho de praia que não pode por causa do catéter que fica implantado né? por causa da infecção...

8.7.1-Isso eu não posso responder porque eu ainda não saí...saí assim...eu fico mais em casa. Tudo isso aí é dificuldade pra mim. Por causa dos horário que é quatro vezes Eu ando todos os dias, O CAPD só ficou ruim pra mim

porque eu não posso sair...sair assim...pra demorar, minha família mora no interior e eu não posso ir visitar...porque eu tenho que ir e voltar no mesmo dia, porque eu não posso fazer a diálise lá porque tem que ter um quarto certo pra isso e...só ficou ruim pra me por isso.

8.10.2-Então...gente doente nunca tem aquela alegria porque tem tanta coisa que quer fazer que não pode...eu gosto de sair, gosto de passear, gosto de trabalhar, gosto de divertir e não posso. É só isso...o resto tudo bem.

10.7.1-Pra viajar fica um pouco difícil porque a gente tem que ter um lugar reservado né? pra fazer a troca do CAPD, então... a gente não pode fazer a troca em qualquer lugar, por isso fica um pouco difícil, só pra viajar...

11.6.1-eu não posso mais jogar bola.

11.7.1-O CAPD só atrapalha por causa do tempo, né? porque a gente tem que ter horário de tá em casa, né? se sair pela manhã tem que tá em casa nos horários certo, só atrapalha isso, se a pessoa quiser ficar um dia não pode por causa do tratamento.

12.7.1-Não atrapalha eu saí durante a dia, né? mais saí dois, três dias atrapalha um pouquinho, porque tem que carregar aquelas bolsas né? às vezes no lugar que a gente chega... não é muito bem, né? que a gente tem que usar o banheiro e não é todo mundo que aceita... as vezes tem criança dentro de casa...

13.6.1-Nada... nada.

13.7.1-Não posso sair sozinho porque não tem vista pra sair sozinho, eu ando dentro de casa.

15.7.1-Passear ficou um pouquinho difícil, porque eu sou uma pessoa que não tem carro, e sou uma pessoa que gosta de cumprir meus horários, eu sei que tenho precisão daquilo (se referindo as trocas do CAPD), eu só vivo com aquilo, então... essa coisa é muito importante pra gente que faz CAPD,

15.7.3-Viajar só atrapalha por causa dos horários e nem todo local que a gente chega tem um lugar apropriado pra fazer a diálise. Ah! eu ando muito, ando de pé mesmo.

18.6.2-Mas, eu não gosto muito de sair não.

18.7.1-Fiquei um pouco preguiçosa pra andar, eu fazia caminhada pela manhã, mas eu preciso retomar, não incomoda não. Já viajei muito, mas hoje não posso mais. Quase não saio por causa do bar.



19.6.1-eu vou muito na Igreja agora eu tenho ido pouco, por causa dos problemas e sair fica mais complicado. Assisto televisão, ou quando saio pra o médico.

19.7.1-Passear complica por causa do tratamento, fico em casa mesmo. Viajar é complicado quando é pra um lugar longe, tem que ir de avião por causa do tratamento. Andar não atrapalha.

20.6.1-Nada.

20.7.1-Eu quase não passeio... Viajar eu só viajo aqui pra clínica. Eu só saio se for pra casa de uma amiga ali pertinho, por causa dos horários. Andar não incomoda.

21.7.1-Eu só viajei uma vez depois que eu botei CAPD, fui pra Salvador. Pra passear, prende um pouco né?, porque a gente tem que tá na hora certa de fazer, mas eu quase não passeio. Mas andar não atrapalha não.

22.7.1-Atrapalha, porque a gente fica preocupada porque tem que ter higiene, limpeza, né? e não é todo lugar que a gente vai que tem um ambiente saudável pra fazer, então eu prefiro não ir. Meus filhos mora longe, aí eu fico com medo, que a viagem é longa né? não tenho mais vontade de sair. Passear pra perto até que eu saio, assim... mais é rápido. Faço minhas caminhadas, todos os dias por trinta minutos

23.7.1-Pra passear não é bom não, assim pra passar dias fora de casa, não faço não. Porque eu tenho medo de pegar infecção, porque não é todo lugar que eu vou que tem um lugar limpo né? Só viajo pra aqui mesmo.

**ANEXO IX**

## ANEXO IX

### TEMA VII- ALIMENTAÇÃO

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

MELHORA NA ALIMENTAÇÃO
1.8.2- Eu posso comer o que eu quiser comer
1.8.5-não tomo muita água, eu posso até tomar porque eu faço CAPD, mas eu mesmo é que não tomo.
4.8.1-Minha alimentação ficou ótima, eu como tudo e no CAPD a gente pode beber mais um pouco de água e não sente sede. Mas a alimentação ficou ótima... ótima mesmo...
5.8.1-Normal. Melhorou, porque antes eu não comia nada, agora como de tudo, antes do CAPD eu me alimentava bem pouco quase não me alimentava, depois do CAPD eu me alimento muito mais, engordei muito até. Muita coisa que eu não podia comer antes que eu já posso, água mesmo e fruta mesmo, muita fruta não comia Agora é liberado, pode comer tudo, eu como tudo, de cada coisa um pouquinho, não exagerado, é ótimo mamão, laranja pode porque é bom pra o intestino funcionar bem, porque quando o intestino não funciona bem o CAPD tem hora que pára né?
6.8.1-no CAPD eu posso comer tudo, toma uma cervejinha se quiser, dois copos, né? antes não podia por causa do potássio, frutas, tudo quanto é fruta pode, depois do CAPD pode tudo, agora é uma fruta lerdá que eu como. Eu já tomo água de côco, que eu não tomava. Quando eu tomei pela primeira vez, a água de coco, eu nunca dei tanta risada... me atacou uma crise de riso... na hora que eu vi o coco e as meninas falaram... oh!... tadinha, oí pra alí!.. eu dei tanta risada, uma alegria!... como se eu dissesse: oh! que beleza poder tomar um coco todo né? é bom demais.
7.8.1-Ótima, como bastante, tudo eu como,
7.8.3- depois do CAPD libera tudo, todas as frutas é liberada...tudo...não sinto nada...nada mesmo... então só essa liberdade que a gente tem né?
11.8.1-Boa,(refere a alimentação) continua a mesma coisa
13.8.1-Posso comer tudo,
14.8.2-depois do CAPD melhorou muito porque... elimina muito na bolsa o potássio, eu não tenho dificuldade nenhuma na alimentação, hoje como normalmente todas as frutas e minha mãe é vegetariana, a comida é a base de frutas e verduras.
16.8.1-bem melhor porque gosto muito de tomar água e era muito limitado pra tomar e depois do CAPD eu comecei a me alimentar muito bem, porque eu como tudo, Ave Maria!... A alimentação é quase totalmente normal,
17.8.3-mas melhorou, porque antes eu não podia comer muita coisa, não podia comer fruta e agora já pode. Em relação ao problema renal eu posso comer tudo.
18.8.2-tem que ter uma boa alimentação, comer muitas frutas e verduras.
19.8.1-Bem, muito bem, como tudo que você imagina não sinto nada. Como tudo... tudo.
20.8.1-Achei mais melhor porque posso comer tudo, antes, bastante coisa não podia comer e agora pode
21.8.2 Por enquanto eu não tou comendo tudo não, eu tenho medo, água eu tou tomando
22.8.3-do problema renal não (tem dieta).
23.8.1-Ficou mais melhor, porque já come frutas, porque o potássio não saía, e o CAPD pode comer tudo, a alimentação melhorou mais e muito, eu como tudo.

**RESTRIÇÃO ALIMENTAR**

- 1.8.4-O sal da comida é só pra batizar, (por causa da pressão),
- 2.8.1-Menos gordurosa, as comidas pesadas e frituras eu não como. Pouco sal. Toda a comida de lá de casa é igual, quem quiser mais sal põe na mesa.
- 3.8.1-É pouca, parece que a boca tira assim a appetite, muito pouquinho que eu alimento. Não tenho appetite nenhum. três, quatro colherzinha e assim mesmo tenho que tá com um copo de laranja pra tá bebendo pra descer, se não eu enguio. A natureza trancou pra tudo quanto é comida. Por causa do diabetes é que tem coisa que eu não posso.
- 7.8.2-eu só não como mais porque eu tenho Diabetes,
- 8.8.1-porque eu tenho problema de pressão eu não posso comer sal ...vai bem, eu como minhas coisas moderada, tenho minha dieta, tou bem
- 10.8.1-Tem algumas restrições algumas frutas e algumas verduras mesmo eu não posso comer, como... frutas que tem uma quantidade muito alta de potássio e verdura
- 12.8.1-só não alimento muito bem porque eu evito muita gordura e sal
- 13.8.2- só não gordura e sal
- 14.8.1-eu tenho que me cuidar por causa do sal da comida porque tenho pressão alta,
- 16.8.2embora eu seja diabético, mas... eu controlo.
- 17.8.2Quer dizer que eu ainda tenho problema do Diabetes e da Hipertensão, né?
- 18.8.1-Eu não posso comer sal porque eu tenho a pressão alta, gordura,
- 22.8.2-Eu só tenho dieta do problema cardíaco e porque eu sou hipertensa,

**ANEXO X**

## ANEXO X

### TEMA VIII- SEXUALIDADE

#### IDÉIAS CENTRAIS COM SUAS EXPRESSÕES CHAVES CORRESPONDENTES

##### ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE

- 1.9.1-mais de dez anos que eu não tenho ninguém. Claro que eu sinto vontade, assim de uma pessoa para um diálogo, mas é muito difícil a pessoa só sem ninguém nem pra dialogar,
- 1.10.1-Eu só acho ruim porque a barriga fica grande né? Pra usar roupa eu só uso saia, antigamente eu só usava bermuda, agora não pode porque não pode apertar a barriga pra usar jeans, mas eu já acostumei com a roupa, eu só uso saia.
- 1.10.3- Pra usar roupa, eu só uso saia, antigamente eu só usava bermuda, agora não pode porque não pode apertar a barriga pra usar jeans, mas eu já acostumei com a roupa, eu só uso saia.
- 2.7.2-só as roupas que tem que ser mais folgada (se referindo ao catéter no abdome) porque a barriga fica grande,
- 3.9.1-Quá!...aí acabou, já que a gente tá velho né? acabou... e com essa barrigona cheia de soro, né? eu só posso deitar mais de lado aí eu não aguento nada. Isso aí eu larguei, meu marido tá velho e eu também.
- 6.9.1-No início eu fiquei meia assim... envergonhada daquele catéter alí do lado...
- 6.9.3-antes eu achava... vichi!.. Nossa Senhora! vai me largar... vai me largar, no início a gente sente cheia por causa do líquido,
- 9.9.1-Né coisa muito boa não!... não... não tem reação, como é que... foi desde da doença... a vontade é que não tá a mesma coisa, mas isso não atrapalha não!... Agora... nada no catéter me atrapalha,nada... nada... nada.
- 11.9.1-diminuiu... não é o catéter que atrapalha, que ele não atrapalha nada, a vontade assim... é que você não tem, eu achei que diminuiu muito.
- 12.9.1-Pra mim mesmo nunca atrapalhou, ele nunca reclamou em nada, né? muda um pouco pra mim, não sinto vontade, mas é tanta medicação, é muita medicação forte que eu tomo.
- 13.9.1-Nada...
- 14.9.1-No início foi um pouquinho difícil entendeu? mas nada que a gente conversando não se acerta né?.
- 14.9.2-Não é igual a antes, porque eu não posso botar um biquíni, não posso tomar banho de praia... mas... não mudou assim tanto.
- 14.9.3-Depois do CAPD eu tive poucos namorados, a vida sexual ativa diminuiu muito.
- 14.9.5-porque eu tinha muito preconceito que não me aceitasse por eu ser uma paciente renal crônica e...
- 15.9.1-Está bem... eu não continuo a mesma coisa... porque é totalmente diferente quando a gente muda um aparelho né? então eu não posso dizer que na vida sexual eu fazia o que eu fazia antes, certo? Quando eu peguei o problema de rim, mesmo antes de botar o catéter, já tinha mudado né? eu acho que depois que eu botei o catéter esfriou mais ela do que eu..(20)
- 16.9.1-Mal... não melhorou, veja bem eu sou diabético tem uns 40 anos, eu era um camarada muito ativo, entendeu? de uns tempos pra cá, coisa e tal... foi assim diminuindo diminuindo, mas eu acho que é porque eu sou hipertenso e a medicação é que diminuiu a vontade, acho que é um dos principais motivos.
- 18.9.1-Não está normal, não é? Não é por causa do tratamento, é um problema que houve entre eu e meu marido e nos afastamos, mas não tem nada a ver com o tratamento... Foi antes da doença renal, mas eu vivo com ele ainda.
- 19.9.1-Não tenho palavras, por mim eu já tinha separado. Misturou tudo agora, no início do CAPD tava tudo bem, mas agora foi acontecendo essas coisas, e está em mim mesma a falta de vontade, depois da coluna então, foi que acabou mesmo
- 20.9.1-Tá bem... só de vez em quando acontece, não atrapalha não (se referindo ao catéter). Vontade eu não tenho não, mas de ano em ano quando começa a me apertar muito, acontece.
- 21.9.1-Eu tenho muito medo assim... de ter, não sei é assim... uma cisma. Eu vou perguntar a médica se pode.
- 23.9.1-Não melhorou nada, não tá bem não, não é por causa do CAPD não, é outros problemas. Eu acho que eu também não sinto mais vontade (paciente rir), eu ainda gostaria de ir num médico pra ver o que é isso.

**SEXUALIDADE SEM ALTERAÇÃO**

2.9.1-Está normal, continua a mesma coisa, ele já é de idade, eu já sou de idade, lá uma vez ou outra... ele continua atencioso, carinhoso, eu é que fico falando: sai prá lá, deixa de tanta coisa.

4.9.1-Tenho namorado , mas não tenho ainda vida sexual.

5.9.1-Ficou ótima. Graças a Deus continua a mesma coisa, depois do CAPD tá boa, não atrapalha em nada. Pra mim tá sendo a mesma coisa.

6.9.2-mas meu marido me deu a maior força e hoje eu vou inventando, coloco uma faixazinha no catéter e vou levando, e tá melhorando, cada dia eu acho que tá melhorando mais.

7.9.1-Bem, também. Não atrapalha em nada.

8.9.1-Tá bem.

10.9.1-A minha vida sexual eu posso dizer plenamente que está ótima, que a partir do momento que meu namorado, meu parceiro sexual me entendeu, concernente a isso, eu uma vez queria muito saber dele se o catéter em meu corpo atrapalhava, se ele deixava de sentir alguma coisa por causa disso, ele falou que eu nunca pensasse isso, minha preocupação era mais essa... desde quando eu implantei o catéter que foi essa, primeiro porque eu queria me sentir bem, segundo que eu queria fazer meu companheiro se sentir bem também, se sentir bem... mas ele esquece, né? nem parece que eu uso... eu também faço de conta que não tenho nada. A gente não vai esquecer porque ele tá aqui, né?... mas eu faço de conta realmente e eu consigo... eu sei que consigo fazer com que ele ache que... não tem nada ali que atrapalhe, de jeito nenhum.

14.9.4-Agora esse namorado, é que eu comecei a ter uma vida sexual ativa,

14.9.6-mas a gente sempre encontra a pessoa que gosta da gente. Agora na atualidade não me incomodo mais.

17.9.1-Normal. Não mudou nada. No início meu marido tinha medo do catéter, agora ele já acostumou, não incomoda mais não.

22.9.1-Continua do mesmo jeito. Ele sempre foi compreensível.