



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

EDILMA GOMES ROCHA

**QUANDO UM ÓRGÃO DELIBERA A FRONTEIRA ENTRE A
VIDA E A MORTE:**
representações sociais de portadores de cirrose hepática

**FORTALEZA – CEARÁ
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

EDILMA GOMES ROCHA

QUANDO UM ÓRGÃO DELIBERA A FRONTEIRA ENTRE A VIDA E A MORTE:
representações sociais de portadores de cirrose hepática

Dissertação apresentada à Coordenação do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - UECE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira.

FORTALEZA – CEARÁ
2008

Universidade Estadual do Ceará

Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde em Enfermagem

Título do Trabalho: QUANDO UM ÓRGÃO DELIBERA A FRONTEIRA ENTRE A VIDA E A MORTE: representações sociais de portadores de cirrose hepática.

Autor (a): Edilma Gomes Rocha.

Defesa em: 29/2/2008

Data da aprovação: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Duarte Pereira - UECE
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves - UFC
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Sheva Maia da Nóbrega - UFPE
(Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues - UECE
(Membro Suplente)

A Deus, "inteligência suprema, causa primária de todas as coisas".

Aos meus pais Moacyr e Edite (*in memoriam*), pela dedicação, incentivo e exemplo moral.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Moacyr Junior, Jurandy, Helda e Rafael, mesmo distantes, vocês foram suporte imprescindível nas horas de insegurança. Aos meus familiares Carmen, Luisiany, Helder, Ana Livia e à pequena Sophia e família. Aos meus amigos próximos e distantes. Ao Adelson, companheiro das altas horas durante o período de conclusão desta pesquisa. Aos colegas do Mestrado, em especial Larissa e Michel, pela oportunidade de partilha e crescimento.

À mestra e amiga Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira (Lucinha): pelo exemplo, incentivo e pelos momentos de concentração e distração. Prazeroso é aprender com quem realmente educa, pois educar é extrair. Obrigada.

À banca examinadora, representada pelas professoras Dr^a. Sheva Maria da Nóbrega, Dr^a. Dalva Maria Santos Alves e Dr^a. Dafne Paiva Rodrigues.

À Associação Cearense dos Pacientes Hepáticos e Transplantados, representada por Wilter Ibiabina, exemplo de pessoa, pela dedicação e luta pela divulgação sobre hepatite, bem como pelo apoio aos que precisam de transplante.

Às instituições e seus colaboradores: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), representado pelo Dr. Wilton, Dr. Hygenes, Dra. Klébia, Dra. Lêda; às técnicas de enfermagem: Ilka, Ângela, Fátima, Núbia; ao Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), representado pela Dra. Elodie.

À FUNCAP, pelo financiamento desse trabalho. E a todos os que direta ou indiretamente colaboraram ou participaram desta pesquisa.

A todos os pacientes que foram “pacientes” com minhas indagações e contribuíram para a concretização dessa pesquisa, tanto os que já partiram, como os que se encontram na fila de espera ou já foram transplantados.

Enfim, a todos os que passam em nossas vidas e não nos deixam sós, porque deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.

RESUMO

A cirrose hepática é uma doença crônica causada por diversos agentes etiológicos. Destes, os principais são as hepatites virais e o álcool, problemas de saúde pública e de alto custo social. Este estudo teve como objetivos: descrever as características clínicas e epidemiológicas de portadores de cirrose hepática por álcool e hepatites virais; apreender as representações sociais sobre cirrose; identificar como estão estruturadas as representações sociais e quais as significações atribuídas à cirrose hepática pelos indivíduos portadores desta doença. Metodologia: estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido em duas instituições públicas no município de Fortaleza-CE. Participaram do estudo 128 sujeitos. Destes, 103 eram do sexo masculino e 25 do sexo feminino, com idade média de 49,7 anos, divididos em dois grupos: grupo cirrose por hepatites virais e grupo cirrose por álcool. Aplicou-se entrevista semi-estruturada a 33 sujeitos, e teste de associação de palavras para 120 sujeitos, no período de maio de 2007 a fevereiro de 2008. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, pela técnica de análise de conteúdo temática e análise de correspondência simples. Resultados: Na análise de conteúdo emergiram cinco categorias, com suas respectivas subcategorias: Descrições sobre a vida antes do diagnóstico em determinados aspectos (sociais, econômicos, saúde do corpo físico e vida sem limites), Concepções sobre cirrose (técnico-científica, sintomatologia clínica, sociocultural), Percepções sobre cirrose (autopercepção, heteropercepção), Tratamento (tratamento profissional, esperança/desesperança e busca da religiosidade), Conseqüências da cirrose (sociais, econômicas, emocionais, outras). A cirrose foi representada como doença que destrói e leva à morte. A vivência é permeada por dificuldades, principalmente socioeconômicas e emocionais, destacando-se depressão e idéias suicidas. Diante destes resultados, propõe-se se manter em movimento constante de busca, motivado pelo desejo de se instrumentalizar como pessoas e profissionais éticos, competentes e ricos em atitudes humanas e, assim, minimizar o sofrimento destes pacientes.

Palavras-chave: cirrose hepática, doença crônica, álcool e hepatite.

ABSTRACT

The hepatic cirrhosis is a chronic illness caused by diverse etiologic agents. Of these, the main are the viral hepatitis and the alcohol, problems of public health and of high social cost. This study had as objectives: describe the clinical and epidemiologic characteristics of bearers of hepatic cirrhosis by alcohol and hepatitis; apprehend the social representations about cirrhosis; identify how are structured the social representations and which the significances attributed to the Hepatic Cirrhosis by their bearers. **Methodology:** exploratory, descriptive study, with quantitative and qualitative approach, developed in two public institutions in the city of Fortaleza-CE. Participated of the study 123 subjects. Of these, 103 were of the male sex and 20 of the female sex, with average age of 49.7 years, divided in two groups: bearer of cirrhosis by hepatitis, and bearer of cirrhosis by alcohol. Were applied semi structured interviews to 33 subjects, and words association test for 120 subjects, in the period of May of 2007 to February of 2008. The results were analyzed by means of descriptive statistics, by the technic of analysis of thematic content and correspondence analysis simple. **Results:** In the analysis of content emerged five categories, with its respective subcategories: Descriptions about the life before of the diagnosis, in the aspects (social, economic, health of the physical body and life without limits), Conceptions about cirrhosis (technical-scientific, clinical symptomatology, social and cultural), Perceptions about cirrhosis (self perception, hetero perception), Treatment (professional, hope/hopelessness and spiritual search), Consequences of the cirrhosis (social, economic, emotional, other). The cirrhosis was represented like a illness that destroy and leads to death. The experiences is penetrated by difficulties, mainly, social, economic and emotional, detaching itself the depression and suicidal ideas. Faced with these results, we propose that we maintain ourselves in constant movement of search, motivated by a desire of get know-how as persons and ethical professionals, competent and rich in human attitudes and in this way, minimize the suffering of these patients.

KEYWORDS: hepatic cirrhosis, chronic illness, alcohol and hepatitis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:	Plano de análise.....	43
Figura 2:	Gráfico de ANACOR, demonstrativo de campo representacional do grupo cirrose por hepatites virais, em relação à palavra-estímulo cirrose.....	86
Figura 3:	Gráfico de ANACOR, demonstrativo de campo representacional do grupo cirrose por álcool, em relação à palavra-estímulo cirrose.....	87
Tabela 1:	Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-Ceará, 2007.....	49
Tabela 2:	Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis clínicas. Fortaleza-Ceará, 2007	51
Tabela 3:	Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis etiológicas. Fortaleza-Ceará, 2007.	52
Tabela 4:	Distribuição das freqüências e percentuais da categoria descrições sobre a vida, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007...	55
Tabela 5:	Distribuição das freqüências e percentuais da categoria concepções sobre cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007...	61
Tabela 6:	Distribuição das freqüências e percentuais da categoria percepções sobre cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007...	66
Tabela 7:	Distribuição das freqüências e percentuais da categoria tratamento da cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007...	72
Tabela 8:	Distribuição das freqüências e percentuais da categoria conseqüências da cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007...	77
Quadro 1:	Distribuição das categorias e subcategorias empíricas sobre cirrose hepática, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007.....	54

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 CIRROSE HEPÁTICA (CH).....	19
2.1.1 Principais etiologias.....	21
2.1.2 Medidas preventivas e tratamento.....	24
2.1.3 A enfermagem e a pessoa com doença crônica.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	29
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	37
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	39
4.4.1 O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP).....	40
4.4.2 A entrevista semi-estruturada.....	41
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	46
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS....	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	48
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS.....	53
5.2.1 Categoria 1: Descrições sobre a vida antes do diagnóstico.....	54
5.2.1.1 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas nos aspectos sociais.....	55
5.2.1.2 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas nos aspectos econômicos.....	57
5.2.1.3 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas na saúde do corpo.....	57
5.2.1.4 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas na vida sem limites.....	58
5.2.2 Categoria 2: Concepções sobre cirrose.....	60
5.2.2.1 Concepções sobre cirrose ancoradas nos aspectos técnico-científicos	61
5.2.2.2 Concepções sobre cirrose ancoradas na sintomatologia clínica.....	62
5.2.2.3 Concepções sobre cirrose ancoradas em aspectos socioculturais.....	63

5.2.3 Categoria 3: Percepções sobre cirrose.....	66
5.2.3.1 Percepções sobre cirrose ancoradas na autopercepção.....	67
5.2.3.2 Percepções sobre cirrose ancoradas na heteropercepção.....	69
5.2.4 Categoria 4: Tratamento da cirrose.....	71
5.2.4.1 Tratamento da cirrose ancorado no modelo profissional (médico).....	72
5.2.4.2 Tratamento da cirrose ancorado na esperança/desesperança.....	74
5.2.4.3 Tratamento da cirrose ancorado na busca da religiosidade.....	75
5.2.5 Categoria 5: Conseqüências da cirrose.....	77
5.2.5.1 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos sociais.....	77
5.2.5.2 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos econômicos.....	79
5.2.5.3 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos emocionais.....	81
 6 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA CIRROSE.....	 83
 7 CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 89
7.1 CONCLUSÕES.....	90
7.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
 REFERÊNCIAS.....	 93
 APÊNDICES.....	 101
APÊNDICE A: TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	102
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	103
APÊNDICE C: ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA.....	104
APÊNDICE D: CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	110
APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	111
 ANEXOS.....	 112
ANEXO A: CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH.....	113
ANEXO B: MELD.....	114
ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	115

O paradigma de saúde vigente encontra-se voltado, quase exclusivamente, para agravos clínicos agudos, doenças transmissíveis e emergentes. Entretanto, as condições crônicas estão mundialmente em ascensão, representadas por inúmeras doenças transmissíveis, não transmissíveis, incapacidades estruturantes, distúrbios mentais e problemas de saúde constantes, decorrentes de causas distintas. São agravos que compartilham características similares quanto aos danos ao paciente, à família, à comunidade, aos sistemas de saúde e às conseqüências econômicas (LEITE *et al.*, 2002).

Diante de enfermidades crônicas, que repercutem de forma variada na promoção de danos sociais em todo o mundo, serão destaques nas próximas décadas a cirrose, agravo hepático ocasionado, principalmente, pelas hepatites virais B e C, ou o uso e abuso do álcool, verificado em diversos estudos epidemiológicos (BRASIL, 2003a; FERREIRA; SILVEIRA, 2004; PASSOS, 2003; LEITE *et al.*, 2002; SCHRAMM *et al.*, 2004).

Em inquéritos populacionais, a cirrose hepática foi relacionada em 65% dos casos das hepatites B e C, 30% de origem alcoólica e 5% criptogênicas, ou seja, entre as causas de doenças hepáticas terminais, 70% a 80% estão relacionadas ao consumo de álcool ou a hepatites virais (LEITE *et al.*, 2002). Somando-se a esta estimativa, as doenças hepáticas crônicas constituem a terceira causa de morte em países da África e Ásia (SILVA *et al.*, 2006).

Configurada como doença hepática crônica, capaz de evoluir para problemas terminais, a cirrose contribui para o crescente índice de morbidade e mortalidade, em várias áreas geográficas, possibilitada pela relação etiológica crescente da epidemia de vírus da hepatite tipos B e C e o uso/abuso do álcool, que se propagam em várias faixas etárias. Estes dois agravos têm repercussão mundial e aumento dos gastos públicos, quando se relaciona à doença crônica.

De modo geral, as informações epidemiológicas que revelam índices de cirrose, são geradas pelas análises de atestados de óbito. Contudo, a imprecisão desses documentos é retratada pela própria taxa de mortalidade brasileira por cirrose hepática, a qual, desde 1991 a 2001, permanece em 7,5/100.000 habitantes. Em outros países há condições que diferem, em relação ao Brasil, quanto à

incidência e taxas de mortalidades, como nos Estados Unidos, onde a cirrose representa a “oitava causa de morte em adultos”, na Inglaterra, onde as taxas de mortalidade por cirrose vêm aumentando desde o ano de 1998, tendo como causa provável o consumo de bebidas alcoólicas, e na Itália, que apresenta taxa de mortalidade de 20,5/100.000 habitantes, apesar de estar em declínio (BRANDÃO *et al.*, 2006).

Este quadro inviabiliza o próprio indicador epidemiológico em virtude da geração de subenumeração dos casos e conseqüente inativação (BRASIL, 2002c). Tal fato pode ter ocorrido a partir da observação virtual com a taxa de mortalidade específica de cirrose, não mais contemplada, desde 2003, nos dados gerados pelos Indicadores de Dados Básicos (IDB).

Em razão disso, poderá ser dificultada a elaboração de políticas públicas de saúde e de medidas estratégicas, pois no contexto social as doenças hepáticas, cujas principais causas etiológicas evoluem para a cirrose, revelam-se um problema mundial e, no contexto brasileiro, precisam ser repensadas e discutidas.

Em estudo de Costa, Barreto e Guimarães (2000), sobre a população idosa brasileira, revela-se outra realidade na qual a cirrose hepática e úlceras pépticas foram identificadas como as doenças mais evidentes do aparelho digestivo.

Entretanto, a cirrose parece ser uma doença passível de prevenção. Ao mesmo tempo, porém, suscita um dilema por estar associada às condições etiológicas distintas entre problemas virais e de condição de risco, relacionadas a comportamento e hábitos sociais.

No contexto histórico, duas etiologias principais, as hepatites virais B e C e o álcool, destacam-se por estarem, concomitantemente, comprovadas suas relações com a evolução clínica de cirrose.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que mundialmente haja 350 milhões de pessoas infectadas pelo vírus de hepatite tipo B e 170 milhões pelo vírus tipo C. Estes são os principais danos hepáticos agudos e crônicos mais comuns, em número crescente de indivíduos infectados, portadores crônicos e assintomáticos e de potencial cronificação, intimamente relacionados à

cirrose e ao hepatocarcinoma. Isto representa um problema de importância clínica, terapêutica e epidemiológica (BRASIL, 2002b; SARCENI, 2001; SOUZA et al., 2004).

Parolini *et al.* (2002) corroboram estas estimativas. Segundo demonstram no Ocidente, as doenças hepáticas alcoólicas (DHA) estão relacionadas às principais causas de cirrose e indicação de transplantes de fígado, mas permanecem em segundo lugar em relação à infecção de hepatite C, com conseqüente impacto na saúde pública.

Esses cenários epidemiológicos, agora esquematizados, representados pela endemia das hepatites virais e do alcoolismo, seja de repercussão mundial ou brasileira, têm como intuito inserir e identificar a dimensão desses agravos e sua relação como fatores de risco para cargas de doenças passíveis de evoluir para a cirrose.

A cirrose caracteriza-se como uma doença crônica degenerativa, cada vez mais constante em nosso meio. Apresenta-se com evolução insidiosa e quadro clínico diversificado, variando de inespecífica a assintomática. Tal situação dificulta o diagnóstico precoce e contribui de forma representativa para o crescente número de internações hospitalares (IIDA *et al.*, 2005).

Quando instalada, esta patologia culmina no aumento da complexidade do cuidado, do estado crônico e em complicações graves, as quais requerem avaliação contínua do indivíduo acometido e das pessoas ao seu redor, pois são presentes as condições de urgência e emergência e as dificuldades quanto ao tratamento.

Há duas dimensões principais em que o indivíduo é afetado. A primeira é o aspecto biológico, no qual as lesões no fígado podem ser irreversíveis na estrutura e funcionamento. Isto gera maior ou menor gravidade, e tem como alterações iniciais as implicações nutricionais e metabólicas e, como tardias, a ascite, a hemorragia digestiva alta (HDA) e a encefalopatia hepática (MAIO; DICHÍ; BURINI, 2000; SMELTZER; BARE, 2002; NETINA, 2003; HIGA *et al.*, 2005, IIDA *et al.*, 2005; RITTER; GAZZOLA, 2006).

A partir do quadro clínico apresentado pelo indivíduo com cirrose, este ficará exposto a um conjunto de eventos e restrições que afetam sua qualidade de vida, sobretudo em decorrência de momentos de remissão e exacerbação dos agravos secundários, com reflexos, conseqüentemente, no aumento da morbidade-mortalidade e da assistência à saúde.

A segunda dimensão é o aspecto pessoal/emocional. Neste, com base na observação empírica do cotidiano dos indivíduos com cirrose, se pode perceber inconformidade com o quadro clínico, associada a dietas, fármacos e longos momentos de internações domiciliares e institucionais, repercutindo na alteração do humor, dos aspectos físicos, geradores de estigmas, e na qualidade de vidas das pessoas envolvidas no seu cotidiano.

Como explana Freitas (1999), toda condição crônica é permanente e indissociável nas relações que o indivíduo terá com seus familiares, com a sociedade e com a adaptação ao seu novo modo de ser no mundo. Contudo, os sentimentos de baixa auto-estima, de medo, de reclusão são comuns em pessoas com problemas crônicos. Em face desta realidade, a aceitação do estado patológico é um processo de luta interna que requer motivação e ajuda e gera sentimentos de reação e enfrentamento diante de condições de “julgamento de valores” dos outros (SILVA *et al.*, 2005).

Na prática clínica percebe-se, empiricamente, um aumento de morbidade por cirrose e conseqüente mortalidade, apesar das falhas quanto à notificação nos atestados de óbitos, mas que em números perpassa os danos individuais e repercute na dinâmica da família e nos aspectos socioeconômicos do país.

Um dado, no entanto, dificulta ainda mais a situação, qual seja, os indivíduos e seus familiares expostos à problemática estão recebendo diagnóstico tardio em nível ambulatorial ou hospitalar, agravado pela ausência de condutas, estratégias ou assistências ainda não solidamente estabelecidas nos diversos níveis de assistência, seja por parte dos profissionais, do governo ou da comunidade.

Ao longo da docência, ao atuar como facilitadora dos acadêmicos de enfermagem em estágio curricular, observou-se em ambiente hospitalar a presença constante de indivíduos com cirrose compensada e descompensada. Estes

permaneciam na instituição por um período mínimo de sete dias e, posteriormente, eram readmitidos, apresentando conseqüente piora do quadro clínico, sofrimento individual e familiar.

Conforme se sabe, os resultados das pesquisas científicas têm proporcionado avanço da informação sobre a doença, melhorando e aumentando a sobrevivência dos seus portadores, embora, ainda, com reflexos sobre os estigmas, comportamento e medos provocados pela própria doença. Tais reflexões suscitam questionamentos como: Qual a representação da cirrose para os indivíduos que convivem com essa patologia? Há divergência para o indivíduo com cirrose quando a causa da sua patologia é provocada por hepatites virais ou alcoolismo?

Espera-se que as respostas a esses questionamentos possam contribuir com a literatura ainda escassa sobre essa patologia, em relação à pesquisa com indivíduos e com a própria Teoria das Representações Sociais na divulgação e dimensão no campo da saúde. Desse modo, os pesquisadores e profissionais poderão repensar suas práticas de saúde, buscando a subjetividade dos sujeitos e garantindo a interação social.

No espaço acadêmico, cabe repensar a divulgação, informação e apreensão das diferentes abordagens e cuidados específicos aos indivíduos portadores de cirrose hepática, com embasamento teórico-prático e social.

Na prática dos trabalhadores de saúde, principalmente dos profissionais de enfermagem, devem ser vencidos os estigmas e fortalecidas a estruturação e a inserção das atividades a serem desempenhadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Conseqüentemente, haverá otimização da assistência redirecionada não só ao indivíduo portador de cirrose, mas também aos próprios cuidadores formais e/ou informais, no intuito de contribuir para a redução de danos, o fortalecimento de ações de prevenção, promoção e apoio ao paciente e à família após a alta hospitalar.

Espera-se, enfim, contribuir para a elaboração e o fortalecimento das estratégias de políticas públicas direcionadas aos portadores de cirrose hepática.

1.1 OBJETIVOS

- Descrever as características clínicas e epidemiológicas de portadores de cirrose hepática por álcool e hepatites virais, em dois serviços de saúde em Fortaleza, Ceará;
- Apreender as representações sociais sobre cirrose hepática elaboradas pelos indivíduos portadores de hepatites virais e alcoolistas, com diagnóstico de cirrose;
- Identificar como estão estruturadas as representações sociais e quais as significações atribuídas à cirrose hepática pelos indivíduos portadores desta doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A compreensão de como foi descoberto o processo patológico, inserido numa visão biologicista e no referencial epidemiológico para a construção de medidas apropriadas para promoção, prevenção, cura e reabilitação, faz parte de um longo processo que busca inserir uma perspectiva mais humanística por meio do processo de saúde-doença-indivíduo.

Assim, este capítulo se propõe a apresentar aspectos gerais da cirrose hepática, definição da doença, os principais agentes etiológicos, as medidas preventivas e as repercussões na identidade do indivíduo com condição crônica.

2.1 CIRROSE HEPÁTICA (CH)

Durante a evolução das classificações das doenças, o órgão lesionado antes considerado sede da patologia passa a ocupar outro espaço, com a descoberta da anatomia-patológica. Nesse interim, Reneé Laënnec, médico francês, em busca das lesões, analisa sem limites os corpos estranhos, as alterações de texturas, as fendas e as inflamações, contribuindo dessa forma para a descoberta da cirrose (FOUCAULT, 1994).

A nomeação do termo “cirrose” por Laënnec foi determinada a partir da inspeção de um fígado, pela evidência do seu aspecto em relação à cor amarela e da espessura fina e nodular, características do fígado de alcoolista, posteriormente sofrendo algumas alterações quanto à interpretação para “um fígado duro, escurro, fibrosado”. Posteriormente, chegou-se ao consenso quanto a um conceito mais bem elaborado e aceito, mas que pode estar dissociado em dois: um clínico e um anatômico, conforme Andrade (2005, p.517):

Clínico: é de uma doença crônica do fígado, de variada etiologia, que cursa com manifestações de insuficiência hepática e hipertensão porta.

Anatômico: prevê a presença de fibrose que envolve todo o fígado, acompanhada da transformação do parênquima em nódulos regenerativos.

Na visão puramente biologicista e fisiológica, a cirrose caracteriza-se como uma doença crônica na qual ocorre a substituição do tecido hepático por

tecido fibrótico. Mencionada substituição ocasionará modificações na estrutura e função do fígado, comprometendo o fluxo do sangue e linfa, o que trará implicações para o sistema porta. Conforme mostra a literatura, a cirrose hepática pode ser alcoólica, criptogênica, pós-hepática, biliar, metabólica, hereditária e relacionada a fármacos e a condições auto-imunes. De todos os casos, o mais comum é a alcoólica. Sobressaem, também, a pós-necrótica, promovida por hepatite viral aguda, e a mais rara entre os dois tipos, a cirrose biliar, ocasionada pela obstrução e ou infecção biliar crônica (SMELTZER; BARE, 2002; NETINA, 2003; IIDA *et al.*, 2005; RITTER; GAZZOLA, 2006).

Esta patologia vem ganhando importância em decorrência do número de internações hospitalares nos últimos anos e custos nos cofres públicos, com uma representação de “39.889 de internações em 1997 e com gasto total de R\$ 11.562.892,57. Nesse mesmo ano, a mortalidade foi de 12,6 por 100 mil habitantes no Brasil e 16,51 por 100 mil no estado de São Paulo” (IIDA *et al.*, 2005, p.30).

Quando instalada a cirrose hepática, os aspectos mais marcantes são todas as repercussões que o indivíduo apresenta em seu corpo físico e, por extensão, no aspecto emocional.

As conseqüências variam quanto à instalação do quadro clínico em diversos níveis, independentes de sua classificação. Em face do seu dano silencioso, a cirrose hepática possui sintomas inespecíficos, tais como anorexia, perda de peso, fraqueza e outras características, as quais passam despercebidas, mas, posteriormente, evoluem para alterações laboratoriais e de percepção, como a icterícia e a hipoalbuminemia (IIDA *et al.*, 2005).

Contudo, segundo estimativas, 40% dos indivíduos com cirrose são assintomáticos, cujos sinais sugestivos da doença foram detectados por alguma razão, durante o atendimento em ambulatório ou em virtude de exames das provas hepáticas (BRANDÃO *et al.*, 2006).

No referente às alterações tardias da cirrose hepática, ressaltam-se como principais as mencionadas por Higa *et al.* (2005), tais como: a ascite, presente em metade dos pacientes com diagnóstico de cirrose há dez anos; a peritonite bacteriana espontânea (PBE), na qual existem pacientes assintomáticos e

sintomáticos. Esta, quando presente, aumenta a taxa de mortalidade em até 20% a 40%; a encefalopatia hepática, que compromete o sistema neuropsíquico; e uma das mais presentes, a hemorragia digestiva alta (HDA), em 10% a 30% dos casos, ocasionando sangramento por varizes no esôfago e estômago. O prognóstico é determinado pela classificação de Child-Pugh, que tem como variáveis a presença ou alterações de encefalopatia, ascite, bilirrubina, albumina e tempo de protrombina (TP) (ANEXO A).

Essa patologia exprime uma condição crônica para a qual deliberadamente se requer atenção e zelo, devido às complicações que favorecem a morbidade e a mortalidade e repercutem no modo de vida do indivíduo.

2.1.1 Principais etiologias

Como referido, as principais etiologias geradoras de cirrose hepática são as hepatites virais B e C e o uso e/ou abuso de álcool.

No contexto histórico, as hepatites pelos vírus B e C constituem um problema antigo, de repercussão e relevância para a saúde pública no mundo e no Brasil (PASSOS, 2003).

De acordo com estimativas da OMS mundialmente, há dois milhões de portadores de hepatite B e 3% da população mundial está infectada pelo vírus da hepatite C (BRASIL, 2002b).

A hepatite B apresenta distribuição universal e variada em suas taxas de infecção. Diante disto justifica-se a divisão em regiões de alta, intermediária e baixa endemicidade. O Brasil é não apenas uma região de prevalência intermediária, como representa risco de infecção pelo vírus da hepatite B acima de 60%, sobretudo na região Norte, na bacia amazônica. Por este motivo é denominada hiperendêmica (SETTER JR. *et al.*, 2006).

Quanto à etiologia viral, as hepatites B e C estão apresentando significância e magnitude em relação aos indicadores de casos novos e de

estimativas no referente ao número de indivíduos infectados mundialmente por esses dois agentes virais.

Para complementar a magnitude desse problema, segundo Tovo et al. (2001) mencionam, mesmo com todas as medidas sanitárias, ainda permanecem lacunas sobre sua epidemiologia. Como mostra determinado estudo sobre a prevalência de marcadores para o vírus da hepatite B em contatos domiciliares no Estado do Amazonas, a transmissão intradomiciliar é um problema ainda não bem identificado, mas está presente nos contatos com pacientes infectados por este vírus (BRASIL *et al.*, 2003).

Ainda segundo Tovo et al. (2001), a preocupação quanto a esta enfermidade explica-se em virtude da relação com a disseminação pelo estágio do portador e a cronificação da doença, que ocorre em 10% dos casos para vírus da hepatite B e 85% para vírus da hepatite C, e, ao mesmo tempo, constitui uma condição indicativa para transplante hepático.

Em corroboração, conforme Gaze *et al.* (2006), a infecção pelo vírus da hepatite C é a principal indicação do transplante hepático e representa um dos fatores básicos de elevada potencialidade para o câncer, passíveis de evoluir em 25% dos casos para cirrose (CRUZ; BONETTO; CARNEIRA, 2000).

Contudo, a hepatite C já é considerada uma pandemia (PASSOS, 2006). Apesar desta constatação, no Brasil ainda não há políticas públicas de saúde que estabeleçam prioridades em relação a essa doença na agenda governamental (SAMPAIO; ARAÚJO JR., 2006) e isto, provavelmente, repercutirá nos próximos anos em agravos sociais e econômicos para o país.

Quanto ao alcoolismo, consoante se pode afirmar, o álcool tem uma representação cultural bastante antiga e na contemporaneidade insere-se em agravos que repercutem nas várias dimensões, particularmente no contexto social. Como representação de valores, o uso de bebidas alcoólicas sobressai como maior causa de danos ao estado de saúde da população mundial.

De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), a cirrose hepática de etiologia alcoólica imprime-se também como problema mundial grave para a saúde pública e

de custo social, sobretudo nos países em desenvolvimento, incitado pelo *marketing* das propagandas do uso do álcool e pela ausência de um efetivo cumprimento das leis existentes. No Brasil, seu consumo responde por mais de 10% dos agravos à saúde. O custo social é preocupante e a própria OMS traçou os níveis de risco quanto ao consumo do álcool. O Brasil, infelizmente, assim como os demais países em desenvolvimento, enquadra-se no padrão de risco quatro (4), ou seja, o mais elevado.

Como revela a literatura, o contínuo uso de bebidas alcoólicas constitui o principal processo na disfunção e propagação de patologias relacionadas a essa etiologia, que evolui para danos hepáticos graves, como esteatose hepática e a emergente cirrose (MAIO; DICHI; BURINI, 2000; MAIO; DICHI; BURINI, 2004).

Segundo Campos (2004), em estudo sobre representação de alcoolismo, a prevalência da dependência do álcool, por meio do I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas no Brasil, realizado em 1999, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em conjunto com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), identificou a percentagem 11,2% de adicção da população, tendo como faixas etárias mais representativas as de jovens e adultos jovens (18 a 24 anos), ou seja, dados superiores aos registrados em países como Estados Unidos e França.

Strauss e Aersa (2004) reforçam estas informações. Conforme mencionam, a fisiopatologia das alterações provocadas no fígado ainda está indefinida, mas a fibrose é evidente nas várias regiões desse órgão. A evolução para a hepatite alcoólica é rápida e possui 7,5% de relevância em relação às internações hospitalares, tendo como predomínio o gênero masculino.

De acordo com os resultados de um estudo realizado pela OMS, o número de óbitos mundial relacionado ao uso do álcool é o seguinte: para a população masculina, 5,6% ; para a feminina, 0,6%, ou seja, a representação de mortalidade global atribuída ao álcool chega a 3,2%. Esta ascensão assusta quando se observam os dados há apenas uma década, cuja estimativa era de 1,5%. Contudo, no fim do ano 2000, um indicador inglês designado *Disability Adjusted Life Years* - DALYs, fez referência ao “percentual de anos que são perdidos, em razão de

doença ou mortalidade precoce, atribuível à ingestão alcoólica. Naquele ano, foi encontrado um valor de 4% para o mundo todo” (MELONI; LARANJEIRA, 2004, p.519).

A dimensão do uso e abuso de substâncias alcoólicas em âmbito mundial e, sobretudo, em países subdesenvolvidos revela, diante das evidências citadas, a expansão sinalizada pelos índices de morbidade e mortalidade da população com conseqüente impacto do setor saúde e da economia.

Conforme mencionado, a cirrose hepática alcoólica é considerada a segunda causa indicativa para o transplante hepático, superada apenas pela hepatite C. Contudo, somente há vinte anos os pacientes portadores deste tipo de cirrose foram beneficiados por esse tratamento cirúrgico, com possibilidade de aumentar a sobrevida (PAROLINI *et al.*, 2002).

2.1.2 Medidas preventivas e tratamento

Empiricamente, a cirrose parece ter um significado simbólico assustador na sociedade, por estar relacionada com alteração negativa da imagem corporal e com a morte evidente, na qual o indivíduo requer cuidados imediatos e acolhimento nos diversos espaços de cuidado.

Existem estimativas quanto aos danos hepáticos estabelecidos pelas principais etiologias citadas anteriormente e já se dispõe de estratégias traçadas, as quais podem ser encontradas em sites do governo federal. Contudo, a divulgação, treinamento, planejamento e implementação dessas ações devem ter prazo restrito, pois as estatísticas e os danos já estão incluídos na prática clínica e social, cuja tendência é ser cada vez mais evidente.

Como uma doença crônica, o tratamento da cirrose limita-se à melhora e ao aumento da expectativa de vida. Portanto, a exemplo de outras doenças resultados mais favoráveis podem ser obtidos apenas com o transplante hepático.

Em conseqüência, ante a diversidade etiológica da causa primária da cirrose, o profissional de saúde precisa compreender a história natural da doença, bem como as complicações e estágios em que o indivíduo se encontra.

Somente com base nos dados do processo de evolução da doença, da avaliação dos pacientes e das relações familiares, se poderão traçar os possíveis cuidados, as medidas de reabilitação e a provável cura, mediante transplante.

Soma-se então um conjunto de medidas relevantes diferenciadas a partir da presença de cirrose compensada ou descompensada, bem como de outras classificações.

Na cirrose compensada, implicam mudanças de estilo de vida nas quais se incluem: abster-se do álcool, parar de fumar, melhorar a nutrição, a ser enriquecida com suprimentos na dieta, principalmente em pacientes alcoolistas, e adotar medidas com vistas a prevenir complicações mais freqüentes (MORRONI et al., 2006).

Na cirrose descompensada, o único tratamento curativo é o transplante hepático (TH). Entretanto, isto envolve as políticas de transplantes de órgãos e segue alguns critérios. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) utiliza a classificação de Child-Puhg. Os pacientes classificados em Child B e C têm mínima indicação para a transplante hepático. Mas a cirrose hepática descompensada de origem alcoólica está em ascensão e, provavelmente, seja a segunda indicação de transplante (MORRONI et al., 2006; BRANDÃO *et al.*, 2006) (ANEXO B).

As medidas preventivas já sofrem influência quanto à causa primária que ocasionou a cirrose hepática, e, no caso das etiologias virais, são similares quanto às precauções padrões.

No entanto, segundo o Ministério da Saúde menciona, em relação aos fatores de risco exclusivos para vírus de hepatite C estão “a transfusão de sangue e hemoderivados, antes de 1993, e o uso de cocaína inalada” (BRASIL, 2003). Todavia, seu tratamento tem como objetivo “interromper a evolução, melhorar a função hepática, eliminar a replicação viral, reduzir o risco de evolução para

hepatocarcinoma e da demanda ao transplante hepático” (FOCACIA *et al.*, 2005, p.500).

O prognóstico também pode ser estimado tanto pela história natural da doença quanto por medidas quantitativas, representadas por meio de

escores (Classificação de Child-Turcotte-Pugh) e modelos matemáticos (MEDS). Este último, utilizado pelos Estados Unidos para classificar o estado geral do paciente a ser submetido a transplante hepático, sendo, atualmente, o que pode determinar variáveis mais fidedignas quanto ao estado geral do paciente (BRANDÃO *et al.*, 2006, p.1346).

Entretanto, para a cirrose alcoólica, estão incluídas atitudes variáveis, da determinação à vontade do indivíduo em relação à adesão à abstinência do uso de bebidas alcoólicas, pois, caso não siga as recomendações, haverá piora do prognóstico e conseqüentemente óbito.

Reabilitar o paciente e orientar a família para esse novo modo de viver não são tarefas fáceis e requer disponibilidade, compromisso social dos trabalhadores da área da saúde e, principalmente, das representações da unidade básica da saúde, ou seja, a família.

2.1.3 A enfermagem e a pessoa com doença crônica

O portador de doença hepática crônica apresenta, entre outras características, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus diversos de incapacidade. Como é possível apreender, a necessidade de adaptar-se e conviver com a doença até a possibilidade do transplante demanda e requer disponibilidade de assistência multiprofissional, suporte da família e da comunidade.

Estes indivíduos sofrem alterações da auto-imagem e do autoconceito, associadas ainda a sentimentos de culpa, no caso específico da cirrose hepática alcoólica, pois as relações familiares e sociais podem estar prejudicadas em virtude de conflitos gerados pelo estilo de vida anterior (CARVALHO, *et al.*, 2007).

Como não existe tratamento para debelar a doença, os cuidados para os sujeitos com cirrose hepática são voltados para prevenir o desenvolvimento de

possíveis complicações, como mudança de hábitos alimentares, que favoreçam o estado nutricional, e administração de alguns medicamentos, tais como diuréticos, antiácidos e antibióticos. Torna-se então fundamental melhorar o prognóstico desses indivíduos, pois necessitam de cuidados físicos, psicológicos e sociais (VARGAS; FRANÇA, 2007).

Diante de tais condições, ao lidar na prática com indivíduos com doença hepática crônica, exige-se dos (as) enfermeiros (as) domínio, conhecimento para a adequação da prestação de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2006), a intervenção deverá:

- contribuir para a eliminação de barreiras e idéias preconcebidas em relação à pessoa com doença crônica, através do desenvolvimento das suas capacidades de comunicação, onde o cuidar esteja presente e seja reconhecido como um valor a preservar, e em que a identidade, dignidade e segurança da pessoa não passem despercebidos;
- estimular a mudança de atitude ao longo de toda a formação profissional, para que os enfermeiros sejam levados a refletir sobre as novas dimensões do seu modo de ser quando exercem a profissão;
- procurar que os saberes oriundos dos “tratados” sejam acompanhados de um humanismo adquirido através das experiências vividas nas relações com a pessoa em situação de doença crônica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Teoria das representações sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge num período em que o paradigma positivista (modelo de concepção de homem e sociedade) perdurava por mais de meio século, e marca a era da psicologia moderna, tendo como cenário o fim da segunda Guerra Mundial.

Essa teoria rompe a dicotomia entre individual e social, defendida por Durkheim, quando desenvolveu os conceitos de representações individuais e representações coletivas. A partir do referencial teórico de Emile Durkheim, conhecido como um dos fundadores da sociologia moderna, e de outros fundamentos das ciências sociais de origem francesa, Serge Moscovici se apropriou e reelaborou sua teoria que, posteriormente, foi difundida e “classificada como uma forma sociológica de psicologia social” (FARR, 1995, p.44).

Nos anos 1960, surge então um campo propício e oportuno no qual Moscovici constrói sua tese de doutorado, publicada em 1961 sob o título **La Psichanalyse: son image et son public** (1961), e no Brasil como: **A representação social da psicanálise**, traduzida apenas em 1978 (SÁ, 1998). Desse modo, referida teoria contribui para a construção de uma nova forma de pensar, cuja inspiração foi o limite entre a ciência e o pensamento leigo enquanto o objetivo era encontrar o lugar onde foram geradas as representações sociais (RS) e não o conhecimento científico corrompido (FARR, 1995).

Moscovici reconhece a importância de Durkheim e com isto enfatiza a continuidade entre o passado e o presente (FARR, 1995). Contudo, considera o conceito de representação coletiva insuficiente para lidar com os fenômenos focais da psicologia social e propõe a expressão representações sociais (FARR, 1995; SÁ, 1998).

Assim, o conceito de representações sociais foi desenvolvido por Moscovici não apenas por substituição mas por toda uma explicação lógica e condizente da sociedade atual relacionada às suas transformações e dinâmicas nos diversos espaços socioeconômicos, políticos e culturais. Isto difere das relações coletivas, que generalizavam e não conseguiam abarcar todos os campos por elas propostas.

Para enfatizar e justificar sua escolha quanto à mudança da expressão, Moscovici se pronuncia da seguinte forma:

[...] no sentido clássico as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, religião, mitos, etc.), para nós são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar - um modo que cria tanto a realidade como o senso comum (MOSCOVICI, 2003, p.49).

Como consta em Moscovici (2003, p.15), o seu interesse “estava em explorar a variação e diversidade das idéias coletivas nas sociedades modernas”. Com esta finalidade, elaborou a sociologia do conhecimento como teoria do senso comum e marcou uma nova história da psicologia, quando rompe com os modelos funcionalistas (FARR, 1995).

A partir desse esboço explicativo sobre o surgimento das representações sociais, algumas informações prévias quanto aos conceitos se apresentam na tentativa de defini-las.

De acordo, porém, com o mencionado por Moscovici (2003), embora conceituar representações sociais não seja tarefa fácil, compreendê-las é possível, pois considera as representações sociais como “entidades quase tangíveis”, criadas por pessoas e/ou grupos, sendo difícil de serem produzidas individualmente, pois necessitam da dinâmica interativa de um determinado grupo e desse processo de comunicação em desenvolvimento, cujo resultado é o encontro de representações sociais que sempre apresentam duas faces: a cognitiva e a simbólica.

Entretanto, as representações que importam são as da “nossa sociedade atual, do nosso solo político e humano e que nem sempre tiveram tempo para permitir a sedimentação que as tornaria tradições imutáveis” (MOSCOVICI, 2003, p.48).

Jodelet (2001) corrobora este autor ao afirmar o seguinte: as representações sociais constituem uma forma especial de conhecimento, que é compartilhado em virtude da pertença aos grupos propriamente ditos ou uma categoria socialmente elaborada e dirigida à vida prática, permitindo aos sujeitos orientações diante de um objeto socialmente relevante, pois, conforme Moscovici (2001, p.63),

Cada vez que um saber é gerado e comunicado - torna-se parte da vida coletiva, isso nos diz respeito. E em particular quando esses saberes enquanto tais servem para solução de algum problema social ou para a explicação de algum evento [...] enfim tudo que resulta da ideação coletiva nos afeta em maior ou menor grau.

Outro colaborador na difusão da Teoria das Representações Sociais é Wagner (1998), sobretudo ao se pronunciar sobre o efeito do discurso grupal, no qual suas representações precisam ser públicas, entre todos os membros, para que este grupo possa se apropriar e atuar ora como produtor, ora como espectador desse sistema de conhecimento.

Mais uma vez reafirma-se: representações sociais compreendem o conhecimento adquirido mais recentemente e são produtos de um processo de compartilhamento de saberes científicos e teóricos, que implicam a avaliação social de pessoas, grupos e fenômenos sociais, na qual a importância atribuída à comunicação social é responsável pela elaboração das representações sociais, moldadas a partir da visão de mundo e do seu contexto histórico, com repercussões na interação, nas novas formas de se comunicar e nas mudanças sociais.

Portanto, refletindo sobre mecanismos psíquicos e de comunicação produzem um fenômeno específico no curso destes milhares de atos: contar; reproduzir e recontar; efetuados por tantos indivíduos [...] não produzindo unicamente nossas próprias idéias e imagens: criamos e transmitimos um produto progressivamente elaborado em inúmeros lugares, segundo regras variadas. Dentro desse limite o fenômeno pode ser denominado representações sociais (MOSCOVICI, 2001, p.62-63).

As representações sociais apreendem uma riqueza de elementos constitutivos dos tipos informativos, cognitivos, perceptivos, de crenças, valores, imagens, atitudes, afetos, ideologias, opiniões, discriminações, entre outros. Portanto, uma ciência popularizada porque os fenômenos de representações sociais estão difundidos na cultura, nas instituições, nas comunicações interpessoais e de massa (COUTINHO; SALDANHA, 2005).

Com isto, como se observa:

As representações sociais compõem o “ambiente de pensamento” da vida cotidiana, englobam de forma complexa, fluida e entrecruzada, numerosos e diversos assuntos de conhecimento e numerosos grupos ou conjunto de sujeitos conhecedores (SÁ, 1998, p.24).

É uma codificação sistemática para a interpretação da realidade, pois engloba imagens, concepções e visões de mundo dos atores sociais sobre a realidade, as quais estão vinculadas às práticas sociais. Ou seja, cada grupo social elabora representação de acordo com sua posição no conjunto da sociedade, que emerge de interesses específicos e da própria dinâmica da vida cotidiana.

A representação ajuda a interpretar a realidade, atua como uma pré-codificação, determinando um conjunto de antecipações e expectativas, no qual a interação dos indivíduos com seu meio físico e social determina comportamentos e práticas (MOREIRA; OLIVEIRA, 1998).

Das definições dadas às representações sociais pelo próprio Moscovici (2003), uma delas é considerá-las produtos socialme

Como consta em Sá (1998, p.69), há “três dimensões que devem estar articuladas nas representações sociais: a informação, a atitude e o campo de representação”. Esta última é a mais utilizada pelos pesquisadores. Contudo, a exigência original requer ancoragem e objetivação, consideradas processos sociocognitivos regulados por fatores sociais.

A ancoragem busca um paradigma na tentativa de nomear, classificar, categorizar ou encontrar semelhanças de algo percebido como estranho e perturbador e transformá-lo em algo familiar, reajustando-o após um julgamento apropriado.

Pode ser feita pela generalização ou pela particularização e, assim,

[...] convencionaliza os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram [...] lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas [...] mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, [...] a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido nem decodificado (MOSCOVICI, 2003, p.34).

Ainda de acordo com a mesma fonte, “tais representações aparecem então, para nós, quase como que objetos materiais, pois eles são o produto de nossas ações e comunicações” (MOSCOVICI, 2003, p.40).

O segundo processo das representações sociais é a objetivação, uma função primordial de apreensão do conhecimento, a qual ocorre quando se associa o imaginário a algo próximo, palpável, que se materializa diante de objetos, símbolos, passíveis de existir no meio físico, ou seja, “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2003, p. 71).

As representações sociais têm papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas práticas, pois respondem a quatro funções essenciais e guiam e orientam as ações e as relações. Para compreendê-las, apresentam-se a seguir sucintas definições sobre as quatro funções, segundo Abric (1998):

- A função de saber – permite aos autores sociais compreender e explicar a realidade com base nos seus conhecimentos integrados e expostos de

forma acessível para eles próprios e com isso facilitam a existência da comunicação social, pois possibilitem as trocas sociais, a transmissão e a difusão do seu saber.

- A função identitária – define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos, observados em pesquisas que envolvem grupos, nos quais cada um tenta garantir uma imagem positiva. Essas representações definem a identidade de um grupo e têm papel importante no controle social e no processo de socialização.
- A função de orientação – é um guia para ação, porquanto orienta os comportamentos e as práticas. Como representação social reflete a natureza das regras e dos elos sociais e define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.
- A função justificadora – possibilita, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. É essencial para o estudo das relações entre práticas e representações em que os pontos de vista de grupos são identificados e devem ser levados em conta, tendo como função preservar e justificar a diferenciação social entre eles. Isto pode contribuir para a discriminação ou distanciamento já existentes entre os grupos.

Na atualidade, a Teoria das Representações Sociais está presente numa diversidade de pesquisas e, conseqüentemente, em amplos campos de atuação. Entre estes campos sobressai como segunda temática mais discutida, exatamente pela própria realidade da vida e da sua relação com a doença e a possibilidade de danos, o que conduz à extrema capacidade de gerar representações. Este é o caso da aids, assunto amplamente estudado, cujas pesquisas estão sendo difundidas e propagadas, gerando prevenção e esclarecimento à população (SÁ, 1998).

Das diversas áreas da saúde interessadas na Teoria das Representações Sociais menciona-se a enfermagem, que às vezes busca interação com outros profissionais da saúde (SÁ, 1998).

Como pesquisa da área de enfermagem, o objeto a ser considerado neste estudo são as representações da cirrose hepática. O meio para encontrá-la será

fornecido pelos próprios sujeitos portadores da doença, no intuito de apreender a difusão do fenômeno, focalizando as representações que guardam entre o pensamento natural e o científico, a difusão dos conhecimentos e da transformação de um tipo de saber em outro, para a construção do pensamento popular.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para o alcance dos objetivos, este estudo foi fundamentado na Teoria das Representações Sociais, de acordo com Moscovici (2003). Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo de natureza qualitativa, com abordagem multimétodos.

Sobre a pesquisa exploratória, como menciona Leopardi (2002, p.119), “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”, pois a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores que possam estar relacionados com ele (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No referente à pesquisa descritiva, conforme o autor deixa claro as funções do pesquisador quanto ao seu desempenho estão em observar, registrar,

pacientes com doenças infecciosas. Desde 1994, nele foi incluído o serviço ambulatorial para aids. Desenvolve o atendimento multidisciplinar a pacientes da capital e das localidades vizinhas. O atendimento ambulatorial é por uma equipe multidisciplinar. Quanto a recursos humanos, físicos e prestação de serviços, o hospital é assim constituído: são 694 servidores, 118 leitos, dos quais 7 de UTI, 68 de infectologia adulto, 35 de infectologia pediátrica e 7 de hospital-dia. Possui, além do serviço de aids, ambulatório de hepatites virais, leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e outros serviços especializados, como dermatologia, neurologia e endocrinologia. Possui também o Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica (PAD) e tem seu próprio comitê de ética em pesquisa.

O outro lócus é o Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, caracterizado como um hospital público universitário, certificado como hospital de ensino. Tem como missão institucional desenvolver e promover o ensino, a pesquisa e a atenção terciária e quaternária à saúde, com responsabilidade social, integrado ao modelo de saúde vigente. Viveu alguns momentos históricos importantes desde 1952, quando foi iniciada a construção da primeira unidade do hospital de clínica destinada à área de medicina interna e doenças infecto-contagiosas (isolamento) em convênio com o departamento estadual de saúde. Em 1954 foi integrado à universidade. Após várias outras reformas, em 1959 foi inaugurado oficialmente sob a denominação de Hospital das Clínicas com a presença do presidente da república Juscelino Kubitschek. Em 1974, pelo convênio assinado entre a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand, o gerenciamento do hospital passou à responsabilidade desta sociedade, o que propiciou maior flexibilidade técnico-administrativa. No início da década de 1980, passou a ser chamado Hospital Universitário Walter Cantídio, em homenagem a um dos seus fundadores.

No contexto atual, caracteriza-se como unidade que presta assistência de alta complexidade à saúde, realizando desde transplantes renais e hepáticos, de forma rotineira, até pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais, além de participação em estudos multicêntricos em protocolos de pesquisa clínica avançada. Conta com 1.500 funcionários, 147 residentes, 9 programas de pós-graduação e cerca de 600 estudantes de graduação ((HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, 2007).

Dispõe dos seguintes ambulatórios especializados para a população: gastroenterologia, hepatologia, clínica médica, pneumatologia, nefrologia, reumatologia, acupuntura, atendimento de nutrição e cardiologia.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 128 indivíduos com diagnóstico de cirrose hepática, internados ou em atendimento ambulatorial, os quais foram identificados pela pesquisadora durante o período de internação ou indicados por profissionais dos serviços. Destes, 103 eram do sexo masculino e 25 do sexo feminino.

Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos: grupo cirrose por hepatites virais – indivíduos com diagnóstico de cirrose hepática de etiologia viral, e, grupo cirrose por álcool – indivíduos com cirrose hepática alcoólica.

Esses grupos atenderam aos seguintes critérios: de inclusão: estar informado sobre o diagnóstico de cirrose hepática; ser do sexo masculino ou feminino; ser maior de 18 anos; estar internado ou ser atendido em nível ambulatorial em uma das instituições citadas anteriormente; aceitar participar do estudo; de exclusão: indivíduos com alguma alteração passível de inviabilizar a comunicação, como transtornos mentais e/ou outra condição mórbida que comprometa sua participação na pesquisa; indivíduos que apresentem um diagnóstico de cirrose por etiologias diferentes da proposta de estudo; indivíduos que não aceitem participar do estudo.

4.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Como se trata de um estudo realizado à luz da Teoria das Representações Sociais, privilegiou-se a abordagem multimétodos para o alcance mais fidedigno dos propósitos ora buscados.

Conforme estabelecido, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), a entrevista semi-estruturada e a observação livre.

Em cada técnica foram seguidas suas respectivas variedades e especificidades de aplicação, que os diferenciam quanto à coleta, obtenção, tratamento dos dados e interpretação analítica.

4.4.1 O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)

Trata-se de uma técnica projetiva desenvolvida por Jung na prática clínica e adaptada para o campo da psicologia social por Di Giacomo. Atualmente é amplamente utilizada nas pesquisas de representações sociais nas quais se visa identificar as representações sociais latentes, mediante configuração de elementos apreendidos a partir dos conteúdos evocados por meio de estímulos indutores (COUTINHO *et al.*, 2003).

Essa técnica pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente, em local apropriado. No período da aplicação, foi exemplificada aos participantes via simulações, realizadas em local apropriado, para garantir a privacidade dos sujeitos. Foi entregue material necessário (lápis, folha de papel) com algumas perguntas indutoras para cada estímulo. Além disso, solicitou-se aos participantes escrever de quatro a cinco palavras ou expressões que lhe viessem à mente quando escutassem as seguintes palavras: “casa”, “jardim”, etc.

Após verificar se a técnica foi assimilada pelos indivíduos, o teste definitivo foi aplicado de forma individual para todos os participantes do estudo (APÊNDICE A).

Para a pesquisa ora elaborada, elegeram-se os seguintes estímulos e estratégias: 1. um estímulo indutor comum aos dois grupos (cirrose hepática); 2. o outro estímulo foi a causa da cirrose, se hepatite ou álcool; 3. para cada trinta participantes a seqüência dos estímulos foi invertida (primeiro estímulo cirrose e segundo estímulo causa); 4. para cada estímulo foi solicitada a evocação de pelo menos quatro palavras.

Por meio do teste de associação, foram obtidas respostas evocadas pelos sujeitos em palavras, expressões ou frases relativas aos estímulos.

Os dados obtidos por meio do TALP foram processados com auxílio inicial do excel, depois convertido para o software SPSS 13.0, de acordo com as especificidades de cada tratamento dos dados na formação do banco de dados.

4.4.2 A entrevista semi-estruturada

Para confrontar e validar as informações coletadas no teste de associação, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, com roteiro organizado em duas partes. Na primeira, constaram os dados sociodemográficos e clínicos dos entrevistados e, na segunda, as questões norteadoras relativas à temática (APÊNDICE B).

A entrevista foi realizada nas instituições anteriormente citadas e aplicada logo após o teste de associação livre de palavras, mas somente para 38 participantes. Deste, 16 para o grupo cirrose por álcool e 22 para o grupo cirrose por hepatite, conforme determinado por saturação teórica.

De acordo com Gaskell (2002, p.71),

Há um limite máximo do número de entrevistas que é necessário fazer e possível analisar. Para cada pesquisador este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas individuais ou até que não apareçam novas surpresas ou descobertas, o que permite uma confiança na percepção do fenômeno.

Após o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas. Como definido por Gaskell (2002, p.73):

Toda pesquisa com entrevista é uma interação, um processo social, um empreendimento cooperativo onde as palavras são o meio principal de troca. Não é apenas um processo de informação de mão única, passando de um (O ENTREVISTADOR) para o outro (ENTREVISTADO); ao contrário, ela é uma interação, uma troca de idéias e significados em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas.

Quanto à observação livre, foi utilizada no intuito de complementar a compreensão e apreender as informações expressas de maneira não-verbal, pois contribui para a apreensão mais segura do fenômeno. Essas informações foram anotadas em diário de campo, porém não foram submetidas à análise de conteúdo.

Referida técnica ajuda a identificar e a obter provas sobre o comportamento dos indivíduos, que são evidenciadas sem a conscientização destes (LEOPARDI, 2002).

Em continuidade, a coleta de dados foi feita no período compreendido entre maio de 2007 e fevereiro de 2008, após a apreciação e aprovação dos comitês de ética em pesquisa de cada instituição selecionada.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Como mencionado, os dados obtidos por meio do TALP foram processados com auxílio inicial do excel, depois convertidos para os softwares SPSS 13.0 e submetidos à análise de correspondência simples (APÊNDICE C).

Quanto aos dados coletados por meio de entrevistas, foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática, de acordo com os pressupostos de Bardin (1977) e Vala (1999).

Por análise de conteúdo entende-se uma técnica que confere a melhor forma de investigação e de tratamento das mensagens obtidas, pois possibilita, em virtude das suas vantagens, apreender idéias subjetivas dos sujeitos entrevistados vinculadas às suas crenças, valores e opiniões no cotidiano de suas ações. É bastante utilizada na investigação empírica e nas representações sociais (VALA, 1999).

Acrescenta ainda, Vala (1999, p.104), que esta técnica tem como finalidade “efetuar inferência, com base numa lógica explicativa, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”, seguindo algumas condições, quais sejam, os dados encontrados na fonte, as condições que os produziram e o novo contexto onde será construído, tendo como referência os objetivos e o objeto do estudo. Entretanto, para isso poder ocorrer, o analista “recorre a um sistema de conceitos analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência”.

Na prática da análise de conteúdo, os dados são organizados de acordo com as seguintes fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos

resultados, a inferência e a interpretação. A utilização dessas técnicas consiste na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo (BARDIN, 1977).

Para melhor compreensão de como é construída a análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), consiste em uma técnica que requer a elaboração de um modelo, no qual é necessário ir e vir continuamente, para reinventá-lo a cada momento.

A primeira fase, a pré-análise, refere-se ao momento de organização do material, à operacionalização e à sistematização das idéias iniciais. Nesta fase, geralmente, são realizadas: a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores. Para a execução desta atividade, faz-se necessária a exploração sistemática dos documentos, utilizando-se a leitura flutuante e a escolha dos documentos a serem analisados para a construção do *corpus*.

A segunda fase é a exploração do material, ou seja, a decomposição do *corpus*. Neste estudo, serão consideradas unidades de registro as frases e de contexto os parágrafos.

Esta fase é a mais exaustiva e de tomada de decisão do pesquisador. Após a formação do inventário, constituído pelas unidades de registros, estas serão agrupadas para a formação das subcategorias e categorias e, posteriormente, operacionalizadas por agrupamento para formação de codificação. Isto requer um longo período de trabalho, quando é preciso cumprir as seguintes regras: de exaustividade (esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada), de representatividade (só é considerada amostragem rigorosa se a amostra for parte representativa do universo inicial), de homogeneidade (os documentos devem referir-se ao mesmo tema, escolhidos por técnicas iguais), de pertinência (os documentos devem ser adequados, de modo a corresponder aos objetivos que suscitam a análise) e de exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

A última fase é o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Nesta, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significantes e válidos. Para tanto, são submetidos aos seguintes tratamentos: a prova estatística e o teste de validação.

Confirmada a fidedignidade dos dados, o analista pode então fazer inferências e adiantar a realização das interpretações previstas. Serão feitos comentários das categorias e suas subcategorias, que emergirão dos dados, e apresentadas as suas unidades de registros em tabelas, levando em consideração o contexto da Teoria das Representações Sociais.

No intuito de integrar os pressupostos teóricos e metodológicos, foi traçado um plano de análise e tratamento dos dados, com as seguintes etapas operacionais: pré-análise, análise e tratamento dos resultados, conforme a Figura 1:

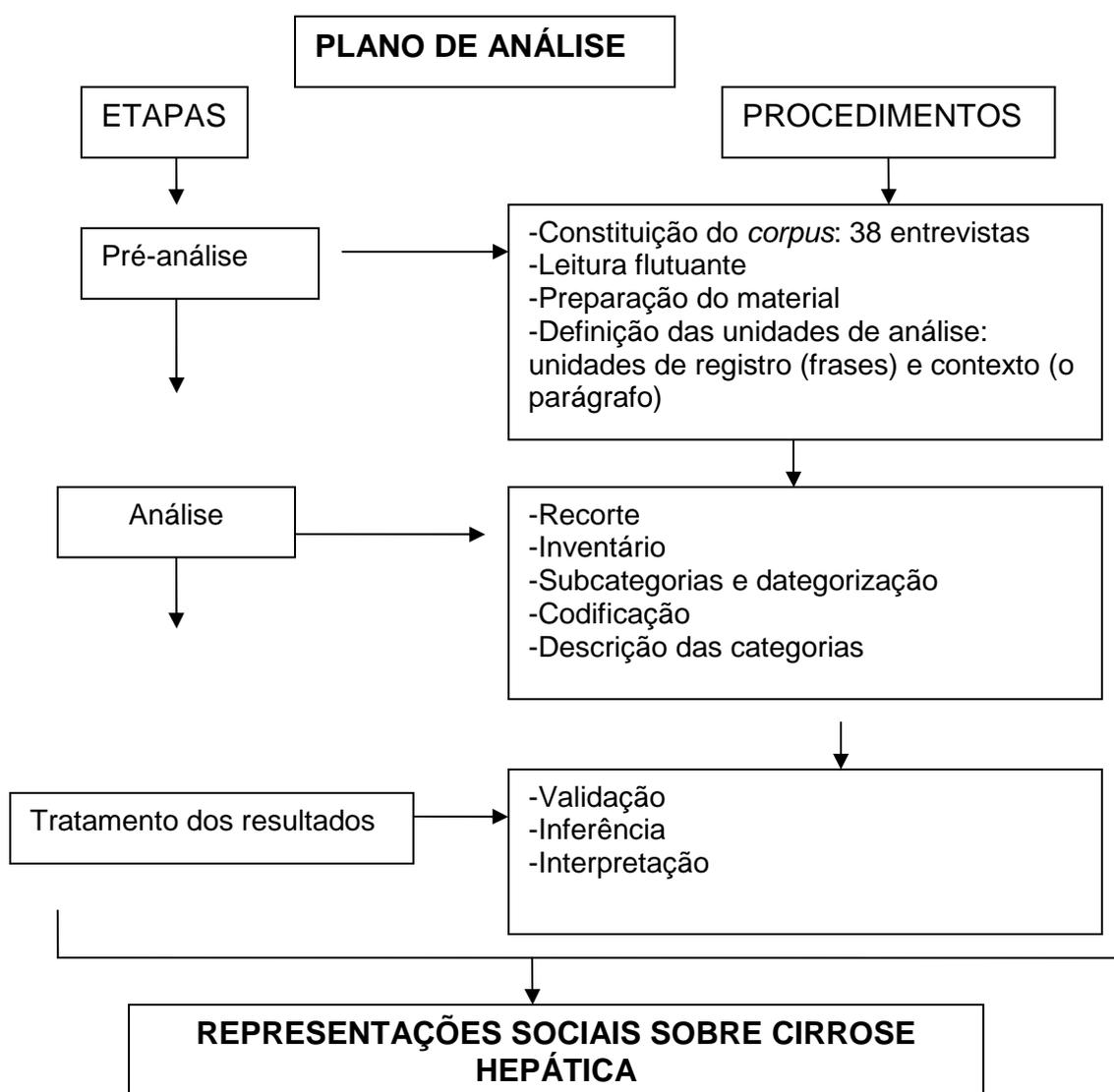


Figura 1: Plano de análise

Fonte: Adaptado de Maria Lúcia Duarte Pereira (2001).

a) Constituição do *corpus*

O *corpus* foi constituído de trinta entrevista semi-estruturadas.

b) Composição das unidades de análise

Com as unidades de análise foram definidas: a frase, como unidade de registro, e o parágrafo, como unidade de contexto.

c) Leitura flutuante

Fez-se leitura das entrevistas para apreensão das idéias dos participantes.

d) Constituição de subcategorias e codificação

Concluída a decomposição do *corpus* em unidades de análise, procedeu-se à codificação e ao agrupamento em subcategorias e categorias simbólicas.

e) Categorização

Após a exploração do material e da aplicação da técnica de análise de conteúdo temática, foram formadas cinco categorias, definidas igualmente para os dois grupos, com vistas a compará-los entre si.

f) Tratamento dos resultados

Após ter passado por todos os processos anteriores foram realizados os seguintes tratamentos: estatístico, validação, inferência (quantitativa) e interpretação.

g) Apreensão da representação social sobre cirrose hepática

Esta etapa ocorreu mediante descrição das categorias e subcategorias simbólicas.

As categorias e subcategorias apresentadas pelos grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool compuseram 2.454 unidades temáticas, distribuídas da seguinte forma: cinco categorias e quatorze subcategorias. Todas igualmente importantes por refletirem as informações, comunicação, subjetividade e sentimentos dos indivíduos em relação à doença.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Como recomendado, o estudo foi devidamente submetido à análise dos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio e Hospital São José de Doenças Infecciosas, que se posicionaram favoravelmente (APÊNDICE D).

Ao longo do estudo foram cumpridas as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente a pesquisa sobre seres humanos (BRASIL, 2002a).

Conforme previsto, foi solicitada autorização direta às instituições envolvidas na realização da pesquisa e, posteriormente, aos participantes, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, com a garantia do anonimato (APÊNDICE E).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

a) Características sociodemográficas dos sujeitos

Na Tabela 1 constam as características sociodemográficas dos 128 sujeitos participantes do estudo. Destes, 103 do sexo masculino (80,4%) e 25 do feminino (19,5%), com idade média de 49,7 anos e desvio padrão 10,1.

De acordo com a faixa etária, observou-se que 84 (65,7%) sujeitos se encontram entre 40-59 anos, 25 (19,5%) entre 60-75 anos e 19 (14,8%) entre 21-39 anos. A idade mínima foi de 21 anos e a máxima de 75 anos.

Em relação à escolaridade, 58 (45,3%) estão concentrados no nível médio, e os demais distribuídos entre os níveis fundamental, 49 (38,3%) e superior, 11 (8,6%), além de analfabetos, 10 (7,8%).

Quanto à renda familiar, 75 (58,6%) recebem de 1-3 salários mínimos, 25 (19,5%) de 4-6 salários mínimos, 8 (6,2%) menos de 1 salário mínimo, 8 (6,3%) mais de 10 salários mínimos. Um sujeito não quis informar sobre a renda e outro relatou que depende financeiramente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Segundo a procedência, os sujeitos estão distribuídos por regiões. Como observado, 97 (75,8%) são da região Nordeste, 26 (20,3%) da região Norte e 5 (3,9%) da região Centro-Oeste.

Sobre a atividade laboral, no concernente à profissão/ocupação, os dados apresentaram-se bastante variáveis. Sobressaem, porém, as seguintes ocupações: autônomos, 44 (35,8%); aposentados, 35 (27,3%); com vínculo empregatício, 32 (25,0%); os que se intitularam como do lar, 13 (10,3%); desempregados, 2 (1,5%), e estudantes, 2 (1,5%).

Em relação ao estado civil, 99 (77,4%) são casados, 25 (19,5%) são solteiros e 4 (3,1%) são viúvos.

Tabela 1: Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas. Fortaleza-Ceará, 2007

Variáveis	Sexo				Total	
	M	%	F	%	f	%
Faixa etária						
21-39 anos	11	10,7	8	32,0	19	14,8
40-59 anos	73	70,9	11	44,0	83	65,7
60-75 anos	19	18,4	6	24,0	25	19,5
Escolaridade						
Analfabeto	8	7,8	2	8,0	10	7,8
Nível fundamental	37	35,9	12	48,0	49	38,3
Nível médio	47	45,6	11	44,0	58	45,3
Nível superior	11	10,7	0	0,0	11	8,6
Renda média (*s.m.)						
<1 s.m.	4	3,8	2	10,0	8	6,2
1-3 s.m.	56	54,4	16	80,0	75	58,6
4-6 s.m.	23	22,3	2	10,0	25	19,5
7-9 s.m.	10	9,7	0	0,0	10	7,8
>10 s.m.	8	7,8	0	0,0	8	6,3
Não quis informar	1	1,0	0	0,0	1	0,8
FUNAI	1	1,0	0	0,0	1	0,8
Regiões						
Nordeste	85	82,5	12	48,0	97	75,8
Norte	14	13,6	12	48,0	26	20,3
Centro-Oeste	4	3,9	1	4,0	5	3,9
Profissão/ocupação						
Aposentado	31	30,0	4	16,0	35	27,3
Autônomo	42	40,8	2	8,0	44	34,5
Do lar	0	0	13	52,0	13	10,2
Vínculo empregatício	26	25,2	6	24,0	32	25,0
Desempregado	2	1,9	0	0,0	2	1,5
Estudante	2	1,9	0	0,0	2	1,5
Estado civil						
Casado	83	80,6	16	64,0	99	77,4
Solteiro	19	18,4	6	24,0	25	19,5
Viúvo	1	1,0	3	12,0	4	3,1
Total	103	100	25	100	128	100

*s.m. = salário mínimo (R\$: 380,00).

Segundo se observa, esses dados têm pontos comuns com outras pesquisas. Por exemplo, o sexo masculino é predominante nos casos de cirrose hepática, e esta se encontra entre as vinte primeiras causas em todas as regiões (SCHARMM *et al.*, 2004) e é uma constante na doença hepática alcoólica (STRAUSS; AEROSAL, 2004).

Em virtude da infecção pelo vírus da hepatite B ter distribuição heterogênea no Brasil, a região Norte, representada principalmente pela bacia Amazônica, é local de mais alta prevalência desta infecção (SOUTO *et al.*, 2001; BRASIL *et al.*, 2003). Neste estudo foi a segunda região identificada que encaminha os indivíduos com diagnóstico de cirrose para realização de transplante hepático

b) Características clínicas dos sujeitos

Apresentam-se na Tabela 2 as características clínicas dos 128 sujeitos com cirrose hepática participantes do estudo.

Quanto ao tempo de conhecimento do diagnóstico da cirrose hepática, a maioria dos sujeitos 83 (64,8%) referiu conviver com a doença pelo período entre 1-5 anos, enquanto 23 (18,0%) há menos de 1 ano, 18 (14,1%) entre 6-10 anos e 4 (3,1%) entre 11-15 anos.

No referente à etiologia, constam duas distribuições. A primeira, com o primeiro diagnóstico médico (Tabela 2) e a segunda com as associações entre etiologias diagnosticadas posteriormente (Tabela 3).

Segundo se observa na Tabela 2, a etiologia mostrou-se equiparada, com 67 (52,3%) indivíduos com cirrose hepática por hepatites virais e 61 (47,7%) com cirrose hepática por álcool. Em relação ao sexo, porém, destaca-se a cirrose hepática por álcool no sexo masculino, no total de 59 (57,3%), e por hepatites virais, no total de 44 (42,7%), enquanto no sexo feminino apenas 2 (10,0%) têm cirrose hepática por álcool e 23 (92%) por hepatites virais.

Dos 128 sujeitos estudados, 117 (91,4%) eram acompanhados no Hospital Universitário Walter Cantídio e 1 (8,6%) no Hospital São José de Doenças Infecciosas. Acredita-se que essa diferença ocorra por ser este o primeiro hospital referência em transplante hepático.

Sobre a distribuição dos sujeitos nos serviços (época da coleta de dados), 105 (82,1%) eram acompanhados no ambulatório de transplante (em fila de espera ou aguardando o transplante), 19 (14,8%) no ambulatório de hepatologia e 4 (3,1%) na unidade de internamento.

Tabela 2: Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis clínicas. Fortaleza-Ceará, 2007

Variáveis	Sexo				Total	
	M	%	F	%	f	%
Tempo de diagnóstico						
< 1 ano	19	18,4	4	16,0	23	18,0
1-5 anos	63	61,2	20	80,0	83	64,8
6-10 anos	18	17,5	0	0,0	18	14,1
11-15 anos	3	2,9	1	4,0	4	3,1
Etiologia						
Álcool	59	57,3	2	8,0	61	47,7
Hepatites virais	44	42,7	23	92,0	67	52,3
Hospital						
HSJ	9	8,7	2	8,0	11	8,6
HUWC	94	91,3	23	92,0	117	91,4
Setor do hospital						
Ambulatório de transplante	84	81,6	21	84,0	105	82,1
Ambulatório de hepatologia	16	15,5	3	12,0	19	14,8
Unidade de internamento	3	2,9	1	4,0	4	3,1
Total	103	100	25	100	128	100

Como mostra a literatura, algumas destas variáveis constam em outros estudos, tais como a etiologia da cirrose, doença hepática que com pequenas variações ao redor do mundo é causada por consumo excessivo de álcool e por hepatites virais, em 70 a 80% dos casos (SILVA *et al.*, 2006). Destas, 65% são decorrentes de hepatite B e C, 30% são de origem alcoólica e 5% são criptogênicas (LEITE *et al.*, 2002).

Mesmo com variações importantes de incidência e prevalência, segundo regiões e grupos, as hepatites virais constituem um problema sanitário de relevância em todo o mundo, por estarem associadas a elevado grau de cronicidade e poderem evoluir para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular (PASSOS, 2003; VALENTE; COVAS; PASSOS, 2005). Contudo, a hepatite C é mais freqüente e em 80 a 85% dos casos evolui para cronicidade, ocupando atualmente o primeiro lugar

entre as causas de transplante hepático (GAZE *et al.*, 2006). Em segundo lugar vem a doença hepática alcoólica (PAROLINI, 2002).

De acordo com Silva *et al.* (2006) e Brandão *et al.* (2006), o tempo de evolução para estágio final da doença é de vinte a trinta anos, e o transplante de fígado é a única opção terapêutica de cura para doença hepática de caráter terminal.

c) Características etiológicas (associação de etiologias)

Apresentam-se na Tabela 3 dados referentes às associações etiológicas (álcool e hepatites virais). Dos 128 sujeitos estudados, 56 (43,8%) tinham como agente desencadeante da cirrose hepática o uso de álcool, seguidos de 30 (23,4%) de hepatite viral tipo C e 19 (14,8%) de hepatite viral tipo B.

Identificaram-se associações entre etiologias: o álcool esteve associado à hepatite C em 10 (7,8%) sujeitos e à hepatite B em 2 (1,6%) sujeitos. Já a hepatite B esteve relacionada à hepatite D em 8 (6,3%) indivíduos e a hepatite C apenas a 2 (1,6%). Observou-se ainda associação entre HIV e hepatite C em 1 (0,7%) dos sujeitos.

Tabela 3: Características dos sujeitos constituintes da amostra de acordo com as variáveis etiológicas. Fortaleza-Ceará, 2007

Variáveis	Sexo				Total	
	M	%	F	%	f	%
Etiologia						
Álcool	54	52,6	2	8,0	56	43,8
Álcool + hepatite C	10	9,7	0	0,0	10	7,8
Álcool + hepatite B	2	1,9	0	0,0	2	1,6
Hepatite B	13	12,6	6	24,0	19	14,8
Hepatite C	20	19,4		10,0	30	23,4
Hepatite B+C	0	0,0		40,0	2	1,6
Hepatite B+D	3	2,9	2	8,0	8	6,3
Hepatite C + HIV	1	0,9	5	20,0	1	0,7
Total	103	100	25	100	128	100

Conforme se sabe, as hepatites causadas pelos vírus B, C e D são mais freqüentes em cronificação. Segundo estudos, entre 2% e 8% dos infectados pelo vírus B desenvolvem hepatite crônica e o vírus da hepatite C é o que apresenta maior proporção de casos que evoluem para cronicidade, cerca de 80% (SARACENI, 2001; SOUZA *et al.*, 2004). Consoante se estima 90% das hepatites associadas à transfusão de sangue são do vírus C (CRUZ; BONETTO; CARNEIRA, 2000). Isto faz considerá-la como a grande epidemia para o século XXI (PASSOS, 2003).

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória que ocuparam em 2001 o sexto lugar em número de casos notificados no Brasil (GAZE *et al.*, 2006). A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C pode levar ao estado de portador crônico. Neste caso, mesmo assintomáticos, os indivíduos podem transmitir o vírus (SARACENI, 2001). Tal fato significa preocupação para a epidemiologia, pois a maioria das pessoas infectadas pelas hepatites desconhece ser portadora do vírus e constitui elo importante na cadeia de transmissão deste (BRASIL, 2002b).

Desse modo, com o número de pessoas infectadas pelos vírus das hepatites B e C, juntamente com os usuários do álcool, forma-se uma população com alta possibilidade de desenvolvimento de cirrose hepática, doença de gravidade crônico-degenerativa agravada pelas associações entre os agentes etiológicos e a possibilidade de realização de transplante e cura.

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS APREENDIDOS PELAS ENTREVISTAS

Ao desvendar imagens, sentimentos e significados dos entrevistados, emergiram aspectos comuns que favoreceram a elaboração de cinco categorias simbólicas e dezesseis subcategorias, e totalizaram 2.454 unidades de análise temáticas para os dois grupos. Destas, 1.301 unidades temáticas foram referidas pelos portadores de cirrose hepática cuja causa foram as hepatites virais, e 1.153 unidades temáticas pelos indivíduos com cirrose hepática cuja causa foi o álcool, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das categorias e subcategorias empíricas sobre cirrose hepática, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	Nº DE UNIDADES DE ANÁLISE
1. Descrições sobre a vida antes do diagnóstico	-Descrições sobre a vida social	DSVADS	79
	-Descrições sobre a vida econômica	DSVADE	36
	-Descrições sobre a vida relacionadas à saúde do corpo	DSVADRSC	37
	-Descrições sobre a vida sem limites	DSVADSL	74
			Total: 226
2. Concepções sobre cirrose	-Técnico-científica	CSCTC	111
	-Sintomatologia clínica	CSCSC	110
	-Sociocultural	CSCS	219
			Total: 440
3. Percepções sobre cirrose	-Autopercepção	PSCA	351
	-Heteropercepção	PSCH	263
			Total: 614
4. Tratamento da cirrose	-Tratamento profissional	TCTP	163
	-esperança/desesperança	TCE/D	69
	-Busca da religiosidade	TCBR	70
			Total: 302
5. Conseqüências da cirrose	-Sociais	CCS	509
	-Econômicas	CCE	104
	-Emocionais	CCEM	249
	-Outras	CCO	10
			Total: 872

Total geral de unidades temáticas: 2.454.

Fonte: elaboração própria.

5.2.1 Categoria 1: Descrições sobre a vida antes do diagnóstico

Esta categoria agrupa 226 unidades de análise temáticas por meio das quais os sujeitos expressam descrições sobre a vida, valorizando-a antes do diagnóstico. É composta por quatro subcategorias: descrições sobre a vida social; descrições sobre a vida econômica; descrições sobre a vida relacionada à saúde do corpo e descrições sobre a vida sem limites.

Na Tabela 4 encontram-se as freqüências das unidades temáticas referentes a esta categoria e suas respectivas subcategorias: sociais, 79 (35,0%); econômicas, 36 (15,9%); relacionadas à saúde do corpo, 37 (16,4%); e à vida sem limites 74 (32,7%).

Conforme se observa, os sujeitos do grupo cirrose por álcool apresentam uma freqüência mais elevada, 46,9%, na subcategoria descrições sobre a vida sem limites, seguida de 35,7% na subcategoria descrições sobre a vida social. Quanto ao grupo cirrose por hepatites virais, verifica-se o seguinte: 34,0% sobre descrições da vida social, 24,0% sobre a saúde do corpo físico e apenas 15,0% sobre a vida sem limites.

Tabela 4: Distribuição das freqüências e percentuais da categoria descrições sobre a vida, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007

Categoria	Cirrose por hepatites virais		Cirrose por álcool		Total	
	f	%	f	%	f	%
Subcategorias						
*DSV sociais	34	34,0	45	35,7	79	35,0
DSV econômicas	27	27,0	9	7,1	36	15,9
DSV relacionadas à saúde do corpo	24	24,0	13	10,3	37	16,4
DSV sem limites	15	15,0	59	46,9	74	32,7
Total	100	100	126	100	226	100

*DSV- Descrições sobre a vida.

5.2.1.1 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas nos aspectos sociais

Nesta subcategoria, os sujeitos apresentam descrições sobre a vida antes do diagnóstico relacionadas aos aspectos sociais. Eles discorrem sobre suas relações com a família, os amigos, os laços afetivos e o lazer, vividas sem preocupação e “dentro das normas”, como mostram as falas a seguir.

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] tinha um comportamento dentro das normas previstas para o ser humano, praticamente eu vivia uma vida normal, como qualquer outro cidadão, dentro dos padrões requeridos.

[...] ah! Antes era outra coisa!! Eu viajava, eu ia a passeios, eu lia [...] livros, jornais, revistas, me divertia, ia ao cinema [...] jogava bola.

Eu tinha mais lazer, [...] eu ia pra praia com a família.

Antes eu vivia feliz com meus filhos.

- Grupo cirrose por álcool:

Eu vivia normalmente, brincando, [...] namorando, indo à praia e sem a menor preocupação.

Eu saía de férias e fazia farra com todo mundo, família.

Os meus filhos quando eu abri o olho, um já estava com 18 anos [...] eu não via os filhos.

Referências feitas sobre a vida social “dentro das normas previstas” e “normalidade” pedem atenção. A primeira narrada pelo grupo cirrose por hepatites virais e a segunda presente nos dois grupos.

Parece que subjaz no pensamento dos portadores de cirrose por hepatites virais a idéia de que a doença atual os exclui dos padrões previstos pela sociedade, cujas normas são elaboradas para pessoas em perfeito estado de saúde, pois só têm direito a diversão e lazer os incluídos nos padrões ditados pela sociedade.

Quanto à “normalidade” referida pelo grupo portador de cirrose por álcool, infere-se haver uma condenação apriorística, pelo próprio vício que os impediam de perceber a vida em torno de si mesmo, envolvendo até mesmo a família, carente de lazer, observação e atenção para com os filhos, cujo crescimento não foi acompanhado pelo pai.

Consoante mencionado em estudo de Coelho e Almeida Filho (2005, p.1730 e 1734), “falar de saúde é falar da vida como um todo”, pois as pessoas expõem seu “modo de vida e os seus fundamentos”. Referido estudo ainda traz como novas dimensões para o processo saúde-doença observações pertinentes quando tenta categorizar saúde como saúde científica, que se liga a patologia dentro de aspectos biopsicológicos; normalidade como saúde social, ligando-se a doença dentro de aspectos sociocultural, e bem-estar, ligando-se a enfermidade e tendo como aspecto o experiencial.

Mediante tais definições ao categorizar o estado de normalidade das suas relações sociais, quando relaciona o ser normal ao ser ativo, leva a crer que a condição de saúde como ausência de doença é característica para os sujeitos do estudo.

5.2.1.2 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas nos aspectos econômicos

Esta subcategoria relata a atividade laboral como característica da vida normal, compreendidas nas narrativas a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] antes era uma vida normal, [...] é, de trabalho, de lazer [...] (pensativo)

Eu era professora, eu me formei em magistério, então eu trabalhava em escola particular.

- Grupo cirrose por álcool:

Trabalhava normal, tinha a minha família.

Trabalhava e tirava as minhas férias, ia pras praias do Nordeste e Sul.

Para os dois grupos a vida antes do diagnóstico significa o período de conquista, de realizações para aquisição dos bens materiais e acesso aos serviços e lazer. E ainda de produtividade para alguns.

A valorização do trabalho é uma condição inerente ao sujeito sadio, não apenas pela possibilidade de aquisição de bens materiais, acesso aos livros, serviços e lazer, mas também por sentir-se produtivo e valorizado socialmente.

5.2.1.3 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas na saúde do corpo

Na subcategoria saúde do corpo físico, os sujeitos comentam sobre a condição do corpo, disposição no desempenho de qualquer atividade e de comportamentos saudáveis, como a prática de esportes.

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] jogava bola, com mais disposição para andar, para lutar!

[...] eu nunca fiquei doente em minha vida, a primeira veio logo assim [...] para transplantar um fígado (risos nervosos).

- Grupo cirrose por álcool:

[...] a minha vida antes era uma vida boa. Eu brincava, jogava bola [...] não tinha o cansaço [...], tinha uma vida normal, livre pra qualquer atividade.

[...] nunca pensava em doença.

[...] quando eu fui cuidar de mim, [...] aí era tarde.

Nas falas dos grupos, evidenciaram-se capacidades para desenvolver as atividades antes da doença. Alguns comentam que jamais adoeceram, e sempre tiveram disposição para a prática de suas atividades, talvez pelas características favoráveis do seu bem-estar físico anterior aos sintomas da doença. Outros ainda revelam o descuido, com comportamentos contrários à promoção de saúde.

Portanto, como se percebe, a representação de saúde para o grupo é similar às representações identificadas por Coelho e Trindade (2006), nas quais a ausência de doença está associada à possibilidade de realizar as atividades físicas, laborais e de lazer, e quando a saúde adquire conceito de normalidade, por meio da experiência individual, o conceito de saúde se amplia para outras dimensões.

5.2.1.4 Descrições sobre a vida antes do diagnóstico ancoradas na vida sem limites

Quanto à subcategoria descrições sobre a vida sem limites, os participantes relatam todos os excessos, incluídos o exagero na comida, o uso de bebidas alcoólicas e o “culto do lazer desgovernado”, conforme ressaltaram as falas a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] trabalhava. Fim de semana as formas de diversão inseriam álcool, não pela bebida em si, porque a bebida eu nunca gostei, [...] eu só gostava dos efeitos colaterais [...] porque a bebida instiga você pra locais que você sabe que vai encontrar, e [...] vão ter mais pessoas que estão inseridas naquele contexto [...] porque geralmente, era tudo motivo: um jogo de futebol [...] se você ia pescar já agregava e ingeria álcool.

[...] eu gostava de fumar.

[...] eu comia tudo [...] toda qualidade de carne eu comia.

- Grupo cirrose por álcool:

Eu não! Era só mais final de semana, mas aí aconteceu comigo também,

Tinha a mania de beber, tomava umas caipirinhas e tudo. Essa era a minha vida.

[...] bebendo, farreando, aí não ligava a vida [...] só vivia afogado na cachaça [...] me melava três vezes ao dia.

Eu passava o mês bebendo, não ia ao colégio (trabalho) [...] não tinha responsabilidade não.

[...] então eu achava que [...] o que eu bebia, nada disso fazia!

Segundo revelam as falas, os padrões e valores com base nos quais aproveitavam a vida nesse período “saudável” são marcados por episódios relacionados a uma visão de mundo e modo de vida qu

do álcool em seu ambiente familiar, bem como a utilização deste por seus pais e parentes. Com essa realidade social, interiorizou esse “modelo de comportamento” presente, principalmente, “nos rituais do aperitivo do domingo”, passando a ser um membro participativo e apreciador do uso de bebidas alcoólicas (CAMPOS; FERREIRA, 2007, p.220).

Tal descrição deixa evidente o previsto pela própria Teoria das Representações Sociais, onde os costumes, crenças e valores que o indivíduo busca para construção de padrões e identidades estão compartilhados no contexto de suas relações sociais (MOSCOVICI, 2003).

A doença é inerente ao ser vivente, independente da sua vontade, da presença ou ausência da medicina, pois faz parte do “processo humano de nascer, crescer, gastar a vida, minguar e morrer” (CAMPOS, 2003, p.55).

Sontag (2002, p.7) ratifica estas palavras ao afirmar:

[...] a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde, cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país.

Nas descrições sobre as relações sociais, trabalho e saúde do corpo físico refletem um pouco o que os sujeitos tentam expressar sobre os diferentes estados de saúde, idéia constatada por Adam e Herzlich (2001) quando comentam sobre a importância do aspecto social na determinação dos estados de saúde, sem exclusão do biológico.

5.2.2 Categoria 2: Concepções sobre cirrose

Esta categoria engloba as unidades de análise temáticas nas quais os participantes, constituintes dos grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool, manifestam seus conhecimentos, idéias ou opiniões sobre a cirrose hepática, assimilados a partir de informações científicas, populares e pela experiência dos

sinais e sintomas da doença. É composta de três subcategorias: técnico-científica; sintomatologia clínica e sociocultural, no total de 440 unidades temáticas.

Na Tabela 5 constam as unidades de análise temáticas distribuídas em suas respectivas subcategorias. Consoante se percebe a subcategoria sociocultural é a mais representativa para os dois grupos, composta por 226 (51,4%) unidades de análise temáticas, seguida da subcategoria técnico-científica, com 111 (25,2%), e da subcategoria sintomatologia clínica, com 103 (23,4%) das unidades temáticas.

Tabela 5: Distribuição das freqüências e percentuais da categoria concepções sobre cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007

CATEGORIA	Cirrose por hepatites virais		Cirrose por álcool		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Subcategorias						
Técnico-científica	64	27,4	47	22,8	111	25,2
Sintomatologia clínica	62	26,4	41	19,9	103	23,4
Sociocultural	108	46,2	118	57,3	226	51,4
Total	234	100	206	100	440	100

5.2.2.1 Concepções sobre cirrose ancoradas nos aspectos técnico-científicos

Estas concepções foram constituídas a partir dos relatos que mostravam definições associadas ao conhecimento apreendido pelas informações transmitidas pelos profissionais de saúde, relativos aos aspectos etiológicos, fisiológicos e biológicos da doença. Consoante observou-se, essas informações, muitas vezes, não foram assimiladas totalmente. Por isto, necessitam confirmação, como se constata a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

Cirrose é uma doença no fígado, mas ela é provocada pelo álcool, mas depois que vim para o hospital [...] descobri que ela pode ser transmitida pelo vírus C.

Cirrose é uma doença hepática.

Cirrose é o comprometimento do fígado, sem atender às funções do organismo, não é? [...] para que o organismo possa funcionar adequado.

- Grupo cirrose por álcool:

É uma doença causada no fígado proveniente da bebida.

Cirrose é uma doença que deteriora o fígado.

[...] cirrose é vamos supor é[...] a não metabolização 100 % do fígado [...] seu fígado não está metabolizando totalmente.

Nas falas identifica-se a presença de termos técnico-científicos para definir a cirrose. De acordo com Moscovici (2003), a utilização dos conceitos científicos passa a fazer parte da linguagem comum, quando os indivíduos buscam sentido para os referidos termos no mundo consensual e os ajustam ao seu contexto social.

Percebe-se nos relatos um consenso para os dois grupos quanto à causa da cirrose como proveniente do álcool. Há, porém, um equívoco, pois para os sujeitos portadores de cirrose por hepatites virais a informação sobre sua etiologia só foi possível por ocasião do diagnóstico.

5.2.2.2 Concepções sobre cirrose ancoradas na sintomatologia clínica

Esta subcategoria relaciona-se com a anterior em virtude da utilização dos termos técnicos apreendidos pela interação com os profissionais de saúde e vivência das manifestações clínicas da cirrose hepática, identificadas nos discursos pelas alterações corporais, e pelos sinais e sintomas que apresentam. Referido relacionamento pode ser constatado a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

É bastante dor, forte diarreia, e [...] angústia de vômito [...] feito aquele mal -estar, dá febre [...] e incha muito o abdômen, o intestino.

[...] É tem os sintomas, que a gente consegue ver [...] barriga grande, magro, amarelo.

[...] eu tenho varizes de esôfago.

[...] eu tive uma pane hepática, uma coisa assim, [...] já aconteceu com hemorragia.

[...] Eu tinha muita hemorragia [...] aí eu coloquei o tipos [...] então eu melhorei muito, parou a hemorragia.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] às vezes modifica a cor da pele, ou aparecem feridas, coceiras [...]

[...] Seu baço às vezes incha e [...] as plaquetas diminuem [...]
[...] eu sinto tonteiças [...] são as encefalopatias, [...]
[...] aparecem problemas de inchaço nas pernas, mudanças físicas.

Como mostram as falas, as narrativas dos grupos são similares quando buscam a concepção da doença. As descrições são oriundas de informações dos profissionais que os assistem, bem como da vivência cotidiana com os próprios sinais e sintomas manifestos no corpo, tais como as alterações hematológicas (queda de plaquetas e hemorragias), as do sistema nervoso (encefalopatias hepáticas) e as alterações visíveis do corpo físico (inchaços, edemas).

Resultados semelhantes foram identificados em estudo com adolescentes sobre representações sociais do câncer, cuja pesquisa, enriquecida pela diferença dos grupos, demonstra que adolescentes sem câncer expressaram apenas os sinais da doença, enquanto os que o vivenciam evocam toda a sintomatologia para o meio externo, pois correspondem às suas experiências e, conseqüentemente, auxiliam o diagnóstico e transi

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] cirrose eu imagino que seja uma doença grave.

[...] Cirrose [...] falavam que era uma doença, que dá [...] é infectada pela bebida [...] no fígado [...] com o tempo se transformava em câncer de fígado [...] se não tiver cuidado, se não tratar.

[...] eu só entendia que cirrose era uma doença que matava.

Cirrose é [...] quer dizer, é o fígado demolindo, assim picadinho, assim furadinho. Agora eu não acredito que foi da cachaça [...] eu tenho pra mim que foi aqueles caramujos que dava na lagoa.

[...] eu achava que era assim, que era através do álcool, que vinha a chamada barriga-d'água, [...] é os pés inchados.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] cirrose é barriga-d'água [...] vi muita gente morrer de barriga- d'água [...]

[...] é o sangue virando água [...] virando água.

É, eu tinha escutado sobre cirrose e a idéia que eu tinha era de que quem contraía a cirrose teria morte imediata.

[...] vi os mais velhos falar que a pessoa danificava o fígado, que vomitava o fígado.

São relatos configurados por discussões que vão do desconhecimento, das confusões ou associações com outras doenças, tais como a esquistossomose, o câncer, a destruição do órgão, ou idéia de morte, pois se percebe, inicialmente, que a cirrose hepática é vista como uma doença grave e de difícil cura.

Comparada com outras doenças, como a esquistossomose, a cirrose hepática reflete uma associação de similaridade, representada pelo aspecto sintomatológico de barriga-d'água.

Conforme esta subcategoria deixa claro, os valores e crenças sociais também são responsáveis pelo comportamento dos sujeitos diante da cirrose hepática, pois as informações veiculadas e adquiridas dentro da sociedade contribuem para sua representação como doença que destrói o organismo e pode levar à morte.

Resultado semelhante foi verificado em estudos desenvolvidos com portadores de câncer (NEVES; PEREIRA, 2005) e de aids (PEREIRA, 2001), nos quais a morte também é referida como representação social destas doenças, porquanto quem as desenvolve revela que estas são mais que doenças crônicas fatais: são a própria morte.

Embora as representações sociais da cirrose hepática pareçam convergir entre os grupos, quando associam e atribuem como fator de risco e causa o uso de bebidas alcoólicas, para o grupo cirrose por hepatites virais o fator viral era desconhecido.

Conotações relacionadas ao desconhecimento dessa etiologia viral também foram observadas em um estudo sobre as representações das hepatites virais, realizado com professores do ensino fundamental, o qual foi marcado de informações e “noções truncadas ou deslocadas” quanto às formas de transmissão (MADEIRA; RUTA; GAZE, 2005, p.465). Deste modo, levou os pesquisadores a concluir que a hepatite ainda não é familiar e não foi apropriada pelas pessoas, em decorrência talvez da insuficiência de informações midiáticas.

Nos últimos dois anos, utilizou-se de estratégias para divulgação das hepatites virais no intuito de atingir uma maior camada da população. Em 2006, por exemplo, a campanha divulgou fotos chocantes em meio de transportes populares, os ônibus, cujo *slogan* era: “Se a hepatite tivesse atacado seu rosto, em vez de seu fígado, você faria algo a respeito?” (HEPATITE C NO FOCO DA CAMPANHA, 2006).

Em 2007, com o apoio da mídia, de várias associações e instituições de movimentos voluntários envolvidos na luta pelas hepatites, foram distribuídos folhetos explicativos e convites à população com vistas a recorrer aos postos de saúde para a realização do teste de detecção das hepatites B e C (GRUPO OTIMISMO DE APOIO AO PORTADOR DE HEPATITE, 2007).

Essa estratégia pode ajudar na divulgação e na apropriação de um conhecimento mais exato sobre as hepatites e suas conseqüências, pois ilustra a clínica do sujeito com a doença, identificado pela “cor e olhos amarelos de quem tem hepatite”, conferida no estudo de representações sociais sobre hepatites virais citado por Tura, Madeira e Gaze (2002) e Madeira, Tura e Gaze (2005).

Assim, segundo se constata, para a construção de um conhecimento, este é apreendido entre o saber social e o saber científico, e “as doenças são, além do processo biológico, artefatos culturais e construções sociais” (MARTINS; CARDOSO; LIERENA Jr, 2004, p. 973), passíveis de afetar a vida ameaçada pelo desconhecimento, que provoca angústia e ameaça ao “não ser”.

Isto permite inferir que a medicina científica atual se caracteriza pela transmissão do conhecimento médico e explicações referentes à condição do doente, o qual, por sua vez, acrescenta seu saber.

Recentemente, estudos tentam interagir no campo do conhecimento, das representações sociais e da experiência da doença, como embasamentos favoráveis às práticas educativas e de saúde. São esforços para expandir a visão puramente biologicista da interação entre sujeito e profissionais de saúde, para um compartilhar de saberes. Portanto, como se evidencia, as representações do sujeito sobre a doença perpassam o saber cientificista, ao se posicionar como uma construção cultural dinâmica (GRAZZINELLI *et al*

5.2.3.1 Percepções sobre cirrose ancoradas na autopercepção

Como se pode apreender, a subcategoria autopercepção, mostra relatos diversificados seja nos aspectos individuais, seja pela presença ou ausência das manifestações físicas visíveis da doença. Mencionados relatos apontam elementos que agregam as descrições relacionadas às questões psicoemocionais, de estar e conviver com o diagnóstico de cirrose hepática, das alterações presentes no corpo físico (estética) e a reflexão do convívio com essa doença.

Tais elementos contribuem para evocação de sentimentos como tristeza, angústia, preocupação, relacionados, principalmente, à aparência física, onde identificam imagens simbólicas de similaridades com algo capaz de representá-los: auto-imagem. Expressam ainda a vivência com a discriminação ou atitudes de insignificância quanto à visão do outro. Apesar destes sentimentos, outros sujeitos confessaram manter uma “vida normal”, ter felicidade e mudanças de valores, mesmo com a presença da doença, conforme exposto:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

Hoje eu me vejo quase um farrapo.

[...] Minhas pernas é inchada, meus pés, parece um cururu de inchado!!

O corpo da gente muda! (choro) [...], barriga cresce, as pernas aumentam, [...] muda tudo na gente, a gente se acaba! (choro)

[...] eu fiquei muito sentido, que estava sendo separado dos outros amigos.

[...] eu me vejo uma pessoa assim pra baixo, [...] eu não sou como aquela pessoa que era antes, eu era muito vaidosa, eu me acho assim minha pele já [...] eu me olho assim, eu não sou mais aquela pessoa de antes.

Quando eu adoeci fiquei muito abatida [...] parece que eu tinha morrido e esqueceram de me enterrar.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] acabado em relação à minha saúde.

[...] eu acho que tem mais espanto, é [...] ser magro, ser amarelo.

[...] um gordinho hoje, que parece um porquinho, bacurizim, a imagem, eu tô assim gordim, mais bonitim, [...] barriquinha mais caída um pedacinho. (risos).

Neles depoimentos estão contidas “as formas pelas quais os indivíduos dão sentido às suas experiências de aflição”, ou seja, uma linguagem conotativa utilizada pelos sujeitos para expressar sua compreensão e sentimentos em relação à

doença e “permitem dizer algo novo acerca da experiência subjetiva, dificilmente exprimível de outro modo”. Nisso geram mensagens, nas quais se “pressupõe que os indivíduos compartilhem grosso modo um ‘valor de equivalência’ na associação estabelecida entre as imagens” (RABELO, 1999, p.174 e 178).

Dessa relação conflituosa sugeriram então metáforas como “porquinho”, “farrapo humano”, “parece um cururu”, “parecia que eu tinha morrido e esqueceram de me enterrar”, e “a gente se acaba”. Todas denotam intolerância e rejeição ao corpo.

A metáfora do “porquinho”, conferida no discurso dos portadores de cirrose hepática alcoólica, revela uma conotação grotesca e suja sobre a auto-imagem e pela conduta moral anterior. Segundo se percebe, as outras metáforas, “farrapo humano”, “a gente se acaba” e “parecia que eu tinha morrido e esqueceram de me enterrar”, dão idéia de destruição do corpo e identidade com a própria morte, comuns para os dois grupos.

Conforme exposto por Amaral (1994, p.251 e 265) o corpo desviante traz estigmas e reações, tais como:

sentimentos de medo, ameaça [...], repulsa, rejeição, subsidiando atitudes preconceituosas (desfavoráveis), gerando ou mantendo o estereótipo e estigma [...] Representa a consciência da própria imperfeição daquele que vê, espelha suas limitações, suas castras. Representa também o sobrevivente que passou pela catástrofe e a ela sobreviveu [...] Representa um conflito explícito [...] em cada dinâmica de inter-relações [...] Representa ameaça e perigo por ser anômalo.

A dimensão estética é imprescindível para o ser humano, pois o belo provoca inserção, desejo e, conseqüentemente, prazer. Como provocar atração e sentir prazer com um corpo deformado fisicamente e moralmente?

Como afirma Capisano (1992, p.179), “a imagem do corpo estruturaliza com nossa mente em contato consigo mesmo e o mundo em que o rodeia. A imagem corporal não é mera sensação ou imaginação, é a figuração do corpo em nossa mente”.

Sontag (2002, p.39) corrobora estas palavras ao se referir à construção de imagens conflitantes entre corpo e a doença da seguinte forma: “Tanto a roupa

(vestimenta externa do corpo) como a doença (uma espécie de decoração interna do corpo) se tornam argumentos de novas atitudes diante da personalidade”.

Em outras falas, a identidade comprometida é identificada pelo autoconceito de ser um “doente”, percebido por diferentes reações psicoemocionais, evidenciadas no discurso pelo abatimento, em virtude da saúde comprometida para uns, embora outros relatem equilíbrio, cultivando a paciência e reflexão quanto às mudanças de valores. Nesse último foi revelado por sujeitos quanto às questões da “ vaidade” e da “ ambição”, anteriormente existentes e agora direcionadas a uma vida mais regrada, dentro dos padrões de normalidade. Particularmente sobre esse dado, menciona-se Rabelo (1999, p.181), segundo o qual as metáforas, “além de atribuir significações às experiências, também promovem possibilidades ou direções para sua reorganização”.

Outra relação marcante para quem desenvolve a doença, observada no grupo de cirrose por álcool, é o sentimento de culpa por ter se envolvido com o álcool. Como diz uma das pacientes “Eu procurei, agora estou na mão de Deus!”. De modo geral, a culpabilidade é comum para o ser doente. Entretanto o alcoolismo é uma doença social, estimulada e ao mesmo tempo discriminada, o que denota um “falso moralismo” (grifo nosso).

A culpabilidade está na relação histórica e ainda vigente ligada a valores impregnados por noções de castigo, relações sobrenaturais e de causas emocionais. Para Sontag (2002) são pontos de vista que acabam sendo tanto moralistas como punitivos, pois quando o ônus da doença é atribuído ao indivíduo fragiliza-se sua capacidade de compreender o cuidado e, conseqüentemente, não aderir ao tratamento.

5.2.3.2 Percepções sobre cirrose ancoradas na heteropercepção

Quanto à subcategoria heteropercepção, os sujeitos manifestaram seu ponto de vista em relação ao que o outro percebe sobre eles. Esta percepção está relacionada a sentimentos vivenciados por meio das relações, quer seja por

familiares ou amigos, conforme comportamentos de apoio, de aceitação ou de exclusão, observados nas falas a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] realmente a minha família [...] pelo menos eles ficaram muito, muito pensativos [...] muito assim apavorados, né!, mas hoje eles já estão entendendo, já estão sabendo que não é tanto aquilo que imaginaram.

[...] eles tanto traz admiração como assim representa receios [...] é, eu acho que eles pensam que é transmissível.

[...] eu vi eles separar os copos, [...] a gente colocava tudo junto num lugarzinho.

[...] a gente percebe que [...] ainda tem muitas pessoas que fazem discriminação [...] porque acham que o vírus e hepatite C podem ser transmitidos por pegar na mão, ou de um beijo.

[...] eles me vêem melhor assim, me olham mais do que quando eu estava bom, porque eles se preocupam mais comigo agora! Minha família mesmo.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] as pessoas pensam que eu estava com aids ou câncer [...] até em casa [...] eu tive discriminação [...] não podiam chegar próximo, pegar em mim, acho que eles pensavam que contaminava.

[...] eu acho que eles me vêem como um pobre coitado.

[...] em casa de início eu pensei em me ver normal, mas vi que as próprias crianças se assustavam quando me viam, com a barriga crescida [...] a bebida só traz males [...] (choro da filha que estava ao seu lado).

[...] os outros perguntam com quantos meses eu estou de grávida (risos).

No discurso dos dois grupos, trata-se da visão deles quanto às atitudes percebidas nos outros. Nessa subcategoria são comuns os aspectos relacionados à discriminação, sentida inicialmente no domicílio e, posteriormente, no convívio social. Mencionada discriminação é conferida ainda pela reação de medo das outras pessoas sobre a transmissibilidade da doença, pois o aspecto sintomatológico clínico parece ser determinante para excluir socialmente uma pessoa e categorizá-la como “portador de doença transmissível”.

Além disso, constata-se no grupo de portadores de cirrose hepática por álcool a percepção de um ser assustador em decorrência da deformidade física que afeta suas relações interpessoais. A discriminação é persistente para os dois grupos, em particular nos sujeitos com cirrose por hepatites virais em virtude da presença do vírus em seu corpo.

De modo geral, as doenças são estigmatizantes. Diante disto, os indivíduos podem ser afastados em consequência das atitudes de estigmas, as quais são geradas por vários tipos de discriminações, sejam relativas ao corpo físico, às culpas de caráter individual (p.ex. alcoolismo) e às tribais, que podem levá-los ao isolamento e até reduzir suas chances de vida (GOFFMAN, 1988).

Destaca-se, portanto, o que já era esperado de uma doença crônica vinculada à questão da dependência ou de doença infecciosa, pois, como a aids, a cirrose hepática provoca ostracismo e rejeição devido à visão moral que faz destas doenças um estigma social, provocando a exclusão, submissão e revolta dos seus portadores (JODELET, 2001).

Sontag (2002, p.10) corrobora esta autora ao afirmar: “Qualquer doença encarada como mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa”. É um atributo punitivo e moralista.

Viver com condição crônica é incorporar a doença no dia-a-dia. Nesse processo, é constante o estresse dominante no cotidiano, cujas adaptação e enfrentamento devem ser compartilhados pela família e grupos sociais em condições similares (SILVA *et al.*, 2002).

5.2.4 Categoria 4: Tratamento da cirrose

Nesta categoria foram agrupadas as unidades de análise temáticas nas quais os sujeitos fizeram referência sobre as formas de tratamento da cirrose, tanto as preconizadas pela ciência (médico), como aquelas inseridas na sociedade por meio do senso comum, além daquelas ligadas à espiritualidade (religião). É composta por três subcategorias: tratamento profissional, esperança/desesperança sobre a terapêutica e busca da religiosidade. Contém um total de 302 unidades de análise temáticas.

Conforme mostra a Tabela 7, o conhecimento sobre o tratamento apresenta-se distribuído nas subcategorias quanto à terapêutica do profissional

(médico), com 163 (54,0%) das unidades de análise temáticas, seguidas da busca da religiosidade, 70 (23,2%), e esperança/desesperança, 69 (22,8%).

Para os dois grupos o tratamento profissional sobressai com maior percentual, pois a vivência em ambulatório é rotina decorrente do próprio tratamento e da perspectiva de cura. Quanto à subcategoria busca espiritual, parece ser mais presente no grupo cirrose por hepatites virais (27,2%) do que no grupo cirrose por álcool (17,2%).

Tabela 7: Distribuição das freqüências e percentuais da categoria tratamento da cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007

CATEGORIA	Cirrose por hepatites virais		Cirrose por álcool		Total	
	f	%	f	%	f	%
Subcategorias						
Tratamento profissional	91	50,6	72	59,0	163	54,0
Esperança/desesperança	40	22,2	29	23,8	69	22,8
Busca da religiosidade	49	27,2	21	17,2	70	23,2
Total	180	100	122	100	302	100

5.2.4.1 Tratamento da cirrose ancorado no modelo profissional (médico)

Consoante mostra esta subcategoria, a relação contínua dos sujeitos com os profissionais de saúde por meio das freqüentes consultas, procedimentos laboratoriais/ambulatoriais, condutas estabelecidas para o tratamento e o autocuidado, sobressaem em seus discursos, demonstrando as representações cognitivas e individuais, como se constata nas falas a seguir:

- Grupo cirrose por hepatite virais:

[...] houve luta para combater a hepatite, mas foi um negócio ligeiro pra depois surgir essa cirrose.

[...] eu fiz sessões de escleroterapia, consegui diminuir bastante, quase que zero! E mesmo assim ainda eu tinha conseqüência da hemorragia.

[...] Ele (o profissional de saúde) disse para mim que tinha transplante, aí ele me mandou pra Fortaleza, [...] eu passei por várias mãos deles aqui (dos médicos).

O médico lá dizia pra mim que era prisão de ventre, e quando eu fui descobrir essa doença já tinha virado esse negócio, essa cirrose e aí quando foi cuidar já estava tarde demais.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] você começa a tomar diurético pra poder substituir aquela falta que o fígado não tá funcionando.

[...] porque meu fígado está reagindo, meu MELDS já está baixando bastante.

As narrativas dos grupos têm consenso, pois eles compartilham socialmente as experiências vividas, relacionadas à freqüente rotina e interação com o tratamento profissional, onde os procedimentos técnicos são vislumbrados como meios utilizados pelos profissionais para amenizar o desconforto, melhorar o estado geral, prolongar a vida e, para a maioria, a expectativa da chegada do órgão - o fígado para o transplante.

Nos indivíduos à espera de transplante hepático, alguns exames são usados como classificatórios à realização deste. Menciona-se o MELDS, modelos matemáticos, um dos mais identificados pelos sujeitos, pois é um procedimento feito a cada consulta e repetido continuamente, como identificado na pesquisa ora desenvolvida. Constitui uma das medidas avaliativas para se tornar o primeiro ou ser excluído da fila de transplante hepático. É a “moeda de valor da vida” (grifo nosso).

Mas a informação sobre esta escolha deve ser repessada com cuidado porquanto, diante dela, cada pessoa age de um modo e algumas até se afligem e pioram. Durante uma entrevista, um sujeito, ao receber a notícia de que deveria se preparar, pois era o primeiro da fila do transplante e a qualquer momento ligariam confirmando a chegada do órgão, reagiu com surpresa e ansiedade, mesmo ante a satisfação do profissional. Em decorrência da emoção, ele sofreu mal-estar e isto impossibilitou o procedimento.

Sobre fatos desse tipo, Rabelo (1999, p.13) afirma: “A abordagem centrada nas experiências permite reconhecer dimensões importantes de aflição e do tratamento que escapam tanto dos estudos desenvolvidos, como da ótica biomédica”, pois, geralmente, indivíduos com enfermidades crônicas são dependentes de apoio técnico, terapêuticos e de programas sociais específicos.

5.2.4.2 Tratamento da cirrose ancorado na esperança/desesperança

Esta subcategoria mostra a ambigüidade dos sujeitos, que ora acreditam na cura, ora relatam desesperança ao se referirem à doença como incurável conforme revelam os discursos a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] eu sempre achei que a cirrose nunca fosse uma doença incurável, que não tem jeito, pra mim ela sempre vai ter uma solução.

[...] é uma doença incurável.

[...] é uma doença sem cura.

[...] que se curava com medicamentos e depois que eu tive, fui ver que é difícil ser curada!

[...] que podia fazer o transplante de fígado, porque antes não tinha cura. [...] nem fazendo o transplante vai ser curável, não é?!

- Grupo cirrose por álcool:

[...] se Deus quiser vamos ver se dar certo o transplante... pra continuar de novo a vida.

[...] eu já sabia dos tratamentos, só que não resolve! Não é?

Segundo as narrativas, as perspectivas com o tratamento geram sentimentos contraditórios marcados por instantes de fé, esperança com a possibilidade de cura e ao mesmo tempo dúvidas e descrenças. São expectativas individuais relacionadas ao modo de enfrentamento pela condição de estar doente, similar nos dois grupos.

Buscar a cura dos males que nos afligem é uma necessidade de proteção pela vida. Essa ação é perturbada quando está presente a doença crônica, pois a terapia medicamentosa tem efeito apenas paliativo, e se faz necessário tratamento mais conservador e invasivo para garantir o aumento da expectativa de vida, ou adaptar-se à nova forma de viver. Essa realidade depende da possibilidade de ser a doença curável ou não curável. E dependerá também de cuidados multidisciplinares e apoio de redes sociais. Contudo, essa prática é ainda incipiente em nosso meio.

Consoante mencionado, a fase do tratamento gera instabilidade e, conseqüentemente, atitudes de ambigüidade relativas às mudanças de si mesmo,

das relações com sua rede de apoio e da esperança de uma vida mais longa; é um mergulho na própria doença (ROSEMBERG, 1994).

De modo geral, o tratamento da cirrose depende inicialmente do diagnóstico, o qual, em sua maioria, ocorre tardiamente. Depende, ainda, do quadro clínico apresentado pelo indivíduo e da terapêutica que se limita a melhorar e aumentar a expectativa de vida, porquanto, nos casos mais graves, a cura será obtida somente com transplante hepático. Mas este demanda espera, pela falta de doadores, e, portanto, necessita de medidas paliativas.

Nesse ínterim, o processo de esperança de cura é permeado também de angústia ou descrença quanto à solução do problema de saúde, pois as terapias são paliativas e as avaliações do estado geral são constantes, além das restrições dietéticas e dos problemas de saúde concomitantes. Com isso, a cirrose para esses indivíduos representa uma doença de difícil cura.

Segundo Rabelo (1999, p.15), os indivíduos buscam ao seu modo “ações conjuntas para lidar com a doença [...] e tratar do caráter intersubjetivo das experiências de doença e cura nos conduz a um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano”.

5.2.4.3 Tratamento da cirrose ancorado na busca da religiosidade

Esta subcategoria, tratamento pela busca da religiosidade, associa a esperança do tratamento médico à força espiritual, sob responsabilidade de Deus, pois estes sujeitos enfatizam uma resposta positiva por serem portadores de fé.

- Grupo cirrose por hepatites virais:

Sempre o pensamento de que tudo vai dar certo, sempre com fé em Deus [...] orando muito.

Futuramente se Deus permitir, eu vou fazer um transplante e este transplante eu posso até melhorar [...] quem sabe é Deus!

Eu tenho muita fé. Fé é quem ajuda mais ainda na saúde! não é?

Eu pra mim estou acreditando que vou ficar curado, que através desse missionário ele vai me curar.

Vou pedir a Deus que eu faça esse transplante, e se fizer tudo bem, se Deus permitir que eu fique na terra [...] e se não permitir vou embora, mas eu estou bem.

- Grupo cirrose por álcool:

Estou muito bem, graças a Deus.

Estou melhorando e tenho fé em Deus de ficar bom.

Espero ficar bom. Tenho fé em Deus.

Tem que correr atrás, tem que esperar a bênção de Deus, porque de outra forma não tem não!

5.2.5 Categoria 5: Conseqüências da cirrose

Esta categoria agrupa as unidades de análise temáticas nas quais os sujeitos relacionam as repercussões e alterações em suas vidas causadas pela cirrose hepática. É composta por quatro subcategorias: sociais, econômicas, emocionais e outras, no total de 872 unidades temáticas.

Na Tabela 8 constata-se a distribuição das freqüências e percentuais da categoria conseqüências da cirrose, considerada a maior entre as descritas. Entre as subcategorias destacam-se as conseqüências sociais, com 509 (58,4%), das unidades temáticas, seguidas das conseqüências emocionais, 249 (28,5%), e das econômicas, 104 (12,0%). Tais dimensões afetam toda a estrutura individual e conseqüentemente a coletiva provocada pela doença

Tabela 8: Distribuição das freqüências e percentuais da categoria conseqüências da cirrose, segundo os grupos cirrose por hepatites virais e cirrose por álcool. Fortaleza-Ceará, 2007

CATEGORIA	Cirrose por hepatites virais		Cirrose por álcool		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sociais	258	52,3	251	66,2	509	58,4
Econômicas	59	12,0	45	11,9	104	12,0
Emocionais	171	34,7	78	20,6	249	28,5
Outras	5	1,0	5	1,3	10	1,1
Total	493	100	379	100	872	100

5.2.5.1 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos sociais

Em relação à subcategoria conseqüências sociais constata-se um agrupamento de valores ligados às questões de relações com os familiares e da rede social provocadas pela presença da cirrose relacionadas aos fatores etiológicos, seja por hepatites virais e/ou por alcoólica, como se observa nos discursos a seguir:

- Grupo cirrose por hepatites virais:

Eu vivo cansado, uma das minhas diversões é ir ao cinema, ler, hoje em dia eu não faço mais isso, ler cansa, aí começo a dormir, eu esqueço, [...] ataca todo o sistema nervoso.

[...] relaxei aquelas amizades que me condenavam e arranjei outras amizades que não sabem que eu sou portador.

O sexo mudou porque a gente não faz mais sexo sem camisinha e a gente não pode nem pular a cerca (risos).

[...] existe o problema do doador, [...] aí eu que tive de deslocar pra cá, por que se ficasse por lá morria mesmo.

[...] fui uma pessoa que fiquei totalmente, praticamente tive que, [...] passei até a morar no interior, justamente por causa disso (a doença).

- Grupo cirrose por álcool:

[...] a bebida é geralmente [...] é um chamariz, [...] e a minha família muito pouco vão em casa, porque não tem mais o álcool.

[...] os meus amigos [...] a gente só tem amigos na hora pra beber.

Nas narrativas os sujeitos comentam a repercussão da doença na vida cotidiana quanto a comportamentos, mudanças e restrições alimentares, modificações do lazer e dos hábitos deletérios. Somam-se ainda as dificuldades decorrentes das mudanças na vida social, nas relações familiares - afetos, dos novos amigos, do próprio isolamento e dos estigmas sofridos.

Na busca da realização do transplante hepático, os sujeitos relatam as dificuldades sociais da assistência, do acesso à saúde e dos seus direitos não adquiridos. Consoante afirmam, muitas dessas mudanças foram identificadas como necessárias e positivas e outras como preocupantes ao modo de vida, numa rotina extenuante e longa.

Para(e)184-0.296804q62134.4971(a)-4.33483()-82a,-4.33117(-4.33117(i)11.8759(f)-1

exercício da sexualidade, provavelmente por ter sido o meio pelo qual a causa da cirrose (vírus da hepatite B) adentrou no organismo destes indivíduos.

Independente do aprendizado e da cultura, o desejo de ser amado e de amar encontra-se no fundamento da formação da subjetividade humana. É, portanto, um desejo primitivo e inato do homem. Assim, os vários componentes sociais que denotam exclusão provocam sentimentos de dor e sofrimento (PEREIRA, 2001).

Para o grupo cirrose por álcool, os laços sociais e afetivos talvez já estivessem deteriorados pela experiência do alcoolismo, antes do seu efeito físico, caracterizando um aspecto desagregador provocado pelo álcool. Assim, conforme estes sujeitos mostram, o uso de bebidas alcoólicas tem ao mesmo tempo o poder de inserir e excluir a pessoa do seu meio social.

Os indivíduos com história de alcoolismo atribuem uma diversidade de significados à “doença alcoólica” que repercutem nas dimensões físicas, quanto à “dependência” e à presença da “cirrose”, expressados, no plano moral pela “perda de amigos, de familiares e do trabalho”. Dimensões comprometidas que precisam ser resgatadas, bem como seu poder de responsabilidade para si mesmo e para o meio social onde está inserido (CAMPOS, 2004).

5.2.5.2 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos econômicos

Nesta subcategoria, segundo os sujeitos referem, a necessidade de ser produtivo, desempenhando suas funções laborais e de responsabilidade com a família, foi prejudicada e gerou dificuldades financeiras. Conseqüentemente, são precárias as condições econômicas dos investigados, pois nem todos recebem ajuda formal como mostram as falas.

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] era uma pessoa que trabalhava normalmente, era empregado, eu tinha meu trabalho.

[...] quando eu não estou no trabalho, estou sempre fazendo alguma coisa em casa.

[...] diminuí meu ritmo, tirei o pé [...] é perigoso dar alguma coisa, passar mal.

[...] no trabalho mudou, só o problema mais das consultas, né, porque eu tenho que estar faltando, atestado médico, atrapalha um pouco.

[...] mudou porque eu tive que diminuir muito o trabalho devido o cansaço.

- Grupo cirrose por álcool:

[...] hoje eu não trabalho [...] praticamente, porque eu não posso mais fazer esforço físico.

[...] desde então tô afastado do meu trabalho por causa disso, e não gostaria de estar!

[...] eu tenho uma responsabilidade lá em casa da minha filha, mais nova, a minha caçula tá com treze anos.

Como se constata pelos depoimentos, a enfermidade exerce influência direta e concreta no desempenho profissional desses indivíduos, uma vez que são obrigados a fazer escolhas não desejadas, mas necessárias, ante o limite imposto pela doença.

Consoante se percebe, as narrativas revelam a necessidade de se manter ativo e produtivo, mesmo limitado aos afazeres domésticos; ou temerosos quanto às ausências no trabalho, à diminuição do ritmo devido às complicações previstas da doença e com a possibilidade da perda do emprego.

Os dados apreendidos nesta subcategoria não são apenas os custos socioeconômicos dos sujeitos, mas o prejuízo no cumprimento dos papéis sociais, pois eles não são mais capazes de cumprir o papel de pai/marido, trabalhador e, portanto, provedor da família. Estes prejuízos acarretam uma exclusão social.

Embora as perdas gradativas advindas da doença crônica ocorram em diversos espaços, a interrupção da atividade produtiva apresenta-se para o indivíduo como a de maior dificuldade de enfrentamento, em decorrência da ligação desta à sobrevivência individual e familiar, dentro do seu contexto social. Causa-lhe preocupação constante sobre si mesmo e seus dependentes (TAKAHASHI; SHIMA, 2004).

No entanto, vale refletir sobre as considerações de Rey (2006) quando comenta que a representação social do ganho econômico na sociedade se apóia numa vida centrada no consumo, e um conjunto deles para se ter *status* e ser reconhecido no contexto social. São pressões do cotidiano, mas o indivíduo com doenças crônicas se vê impossibilitado de construir esse valor social, conferindo uma representação negativa sobre a doença.

5.2.5.3 Conseqüências da cirrose ancoradas nos aspectos emocionais

Nessa subcategoria foram direcionados todos os sentimentos negativos e positivos. Entre os negativos, preocupação, angústia, idéias suicidas, tristeza, depressão. E entre os positivos, arrependimento, esperança, alegria e reflexão. Esta subcategoria compreende as necessidades psicológicas e espirituais.

- Grupo cirrose por hepatites virais:

[...] faço tudo para esquecer porque eu estou com a doença, [...] É, como a cirrose já está no processo de desenvolvimento, eu não sei como vai ficar, é uma doença que tem me deixado bastante apreensivo.

[...] fiquei muito deprimida! Fiquei muito [...] triste, porque eu custei muito a me acostumar com a idéia dessa doença.

[...] eu senti uma coisa muito ruim mesmo, péssima, naquela hora [...] da cirrose, quando eu descobri. Pensava nos meus filhos [...] que eu ia dar um bom futuro pra eles, [...] eu achava que ia morrer naquela hora, que eu ia deixar meus filhos, meu esposo, que eu não ia mais viver junto com eles, aí eu fiquei deprimida, triste [...]

Quando o doutor me falou que eu tinha cirrose, a primeira coisa que me deu vontade foi de me jogar na frente de um carro!

- Grupo cirrose por álcool:

[...] Esperar pela vontade de Deus, se eu ficar bom ou morrer, ou morrer ou ficar bom, [...] a vontade de eu morrer enforcado, envenenado.

[...] Eu saio pouco, agora eu não saio mais [...] fico mais trancado em casa, mais deitado.

[...] eu tinha vontade de me acabar logo!

A experiência de viver com uma doença crônica faz emergir nos sujeitos alguns sentimentos tais como tristeza, medo da doença, medo do tratamento, presença da morte ou idéias suicidas. Eles revelam, sobretudo, os rompimentos dos vínculos afetivos, os sofrimentos produzidos e desencadeados por uma conduta moral e cultural anterior e o arrependimento diante dessa condição não desejada, de baixa auto-estima. Estas pessoas estão emocionalmente perturbadas, com pensamentos suicidas, caracterizados pela desesperança, desamparo e desespero.

Estudos têm mostrado significância estatística entre a associação de doenças crônicas e o desenvolvimento de depressão, com conseqüente impacto na qualidade de vida, pelos sintomas depressivos e até idéias suicidas (RICCO *et al.*, 2000; DUARTE; REGO, 2007). Destacam-se entres essas as doenças renais, hepáticas, gastrointestinais e sexuais (OMS, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000), a depressão é um fator importante para o suicídio, e o alcoolismo tem sido diagnosticado com frequência em pessoas jovens que o cometeram. Para a correlação há explicações psicológicas, sociais e biológicas, as quais constituem fatores associados..

Os principais fatores associados são: início precoce do alcoolismo, história crônica de alcoolismo, alto nível de dependência e humor depressivo.

Desde a década de 1970, a experiência da doença é estudada na sociologia. Nessa experiência com a doença crônica, o indivíduo encontra desconfortos gerados por ela. Tais desconforto perpassam a estrutura orgânica, física e suas relações com os profissionais de saúde, disseminando-se para suas relações sociais. A doença passa a ser “o centro de todas as relações sociais que essa pessoa mantêm com o exterior socializado”. Reduzir essas alterações torna-se o objetivo da pessoa, pois a incerteza é uma condição permanente e concreta em sua vida pela possibilidade de eventos desfavoráveis passíveis de surgir durante a evolução da doença. Contudo, os lugares da vida social afetados devem ser abordados e trabalhados, pois os indivíduos estão diante de uma nova situação, que altera suas relações sociais. Ao mesmo tempo, eles desenvolvem problemas psicológicos e emocionais e, desse modo, não vêem mais alternativas para seu problema (ADAM; HERZLICH, 2001).

Ante tal realidade, muitas vezes o suicídio apresenta-se como solução. Isto, segundo se compreende, o ato de finalizar a situação insuportável é encerrando a própria vida, como uma forma de libertação ou de punição à sociedade.

Na pesquisa ora elaborada, as condições identificadas corroboram o encontrado em estudo sobre o processo de enfermagem aplicado ao portador de cirrose hepática, no qual, além da necessidade de cuidado fisiopatológico, identificaram-se necessidades do cuidado em relação ao estado psicológico e social (VARGAS; FRANÇA, 2007).

6 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS
DA CIRROSE

A construção do objeto social é formada a partir de uma estrutura considerada sustentação da representação social, constituída por elementos estáveis detentores de grande poder de articulação, pois é responsável por tornar o objeto social compreensível dentro do grupo, podendo assim orientar condutas. Em torno desta estrutura sólida estão elementos mais flexíveis cuja função é proteger a estrutura de sustentação, que é menos flexível, mas, se quebrada, é capaz de mudar toda a representação do objeto social.

Este contexto anterior está inserido na teoria do Núcleo Central, descrita inicialmente por Jean-Claude Abric, em 1976, com a tese ***Jeux, conflits et représentations sociales***, como uma hipótese sobre organização interna das representações sociais (SÁ, 1998).

A estrutura sólida é o núcleo central das representações sociais e, como já exposto, desenvolve funções. Estas, segundo Abric (1998), são duas:

1. Função geradora – é o elemento que cria, transforma e dar sentido aos outros elementos;
2. Função organizadora – é o núcleo central que unifica e estabiliza a representação pela ligação com os outros elementos, flexíveis.

Os elementos flexíveis que protegem o núcleo central são denominados sistema periférico e, segundo Abric (1998), possuem três funções:

1. Função de concretização – contribui para formulação da representação em termos concretos, rapidamente compreensíveis e transmissíveis;
2. Função de regulação – corresponde ao aspecto móvel e evolutivo da representação social;
3. Função de defesa – atua como sistema de defesa da representação, pois os processos de mudanças se iniciam mediante transformação dos seus elementos periféricos.

O sistema periférico é tão importante quanto o núcleo central, conforme as funções descritas e as responsabilidades. Em corroboração, Tura (1998, p.137) se pronuncia:

[...] a importância dos elementos periféricos que possibilitam a ancoragem das representações sociais por sua capacidade de operacionalizar a relação das representações com o contexto social imediato e as situações vividas no grupo social.

Assim, no intuito de encontrar os elementos estruturantes das representações sociais da cirrose hepática, procedeu-se à análise de correspondência simples (ANACOR) com vistas a mostrar como as variáveis dispostas em linhas e colunas estão relacionadas e se esta relação existe no referente aos elementos das linhas e colunas.

Percebe-se nos gráficos a seguir uma variação de estímulos utilizados pelos sujeitos para explicitar o fenômeno “cirrose”. Evocaram então diversas expressões/palavras, que foram homogeneizadas e disponibilizadas no SPSS de acordo com os códigos, a saber: 1. doença sem cura; 2. transplante; 3. ser curado; 4. tristeza; 5. vida restrita; 6. morte; 7. doença; 8. álcool; 9. não tem conhecimento; 10. corrosão do organismo; 11. medo; 12. tratamento e 13. hepatite.

Como é possível perceber, os gráficos mostram o grau de importância das variáveis nominais, a qualidade das suas projeções e os procedimentos de associações possíveis, cuja medida de correspondência pode ser uma indicação de similitude, afinidade, confusão ou interação entre as variáveis nominais (disponível em: www.rioei.org/deloslectores/795Couceiro.PDF).

A análise do espaço semântico é indicada pela posição central do gráfico, que se localiza no cruzamento do eixo da abscissa (X) com o eixo da ordenada (Y), sobre o ponto zero (em 0,0). Neste estudo resultaram os seguintes gráficos:

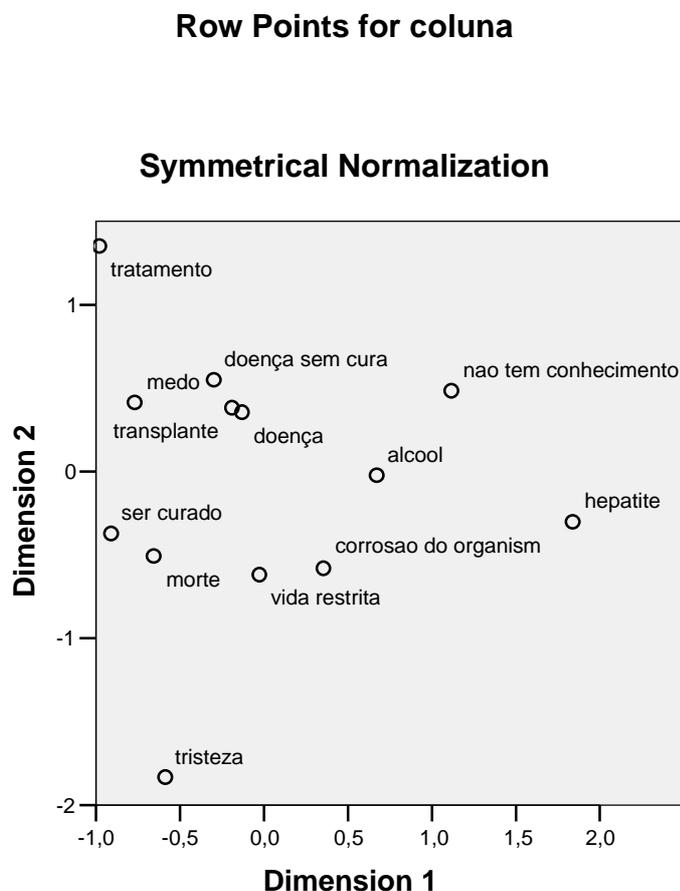


Figura 2: Gráfico de ANACOR, demonstrativo de campo representacional do grupo cirrose por hepatites virais, em relação à palavra-estímulo cirrose

Iniciando a análise do grupo de cirrose por hepatites virais, de acordo com a Figura 2, referente às associações do grupo à palavra cirrose, um agrupamento próximo da parte central do gráfico constituído pelas palavras doença, transplante, e próximas encontram-se doença sem cura e medo. Logo abaixo, próximos a esse grupo, estão os vocábulos ser curado e morte. No quadrante superior direito a palavra álcool, e no quadrante inferior o posicionamento das evocações corrosão do organismo, vida restrita. No quadrante superior direito está a expressão não tem conhecimento. Dispersas em relação às demais palavras do gráfico, localizam-se tratamento (quadrante superior esquerdo) e tristeza (quadrante inferior esquerdo) e hepatite (quadrante inferior direito).

Assim, para o grupo cirrose por hepatite, a cirrose é uma doença que leva ao transplante, e os sujeitos imaginavam que tinham como fator causal o álcool. Esta doença destrói o organismo, e ser curado é uma possibilidade de sair da vida restrita em que se encontram, mas o medo e a morte são sentimentos circunscritos nas possíveis relações.

Mesmo distantes e isoladas do núcleo semântico e com pouca ocorrência, as palavras tristeza e tratamento permeiam a vivência dos sujeitos e são aspectos da vida cotidiana durante todo o percurso da doença crônica. A hepatite corresponde ao agravo até então desconhecido e agora faz parte do cotidiano desses indivíduos. Como observado, as palavras transplante e hepatite apresentam-se apenas neste grupo, ou seja, foram evocadas em quantidades suficientes para aparecerem no espaço semântico.

Row Points for coluna

Symmetrical Normalization

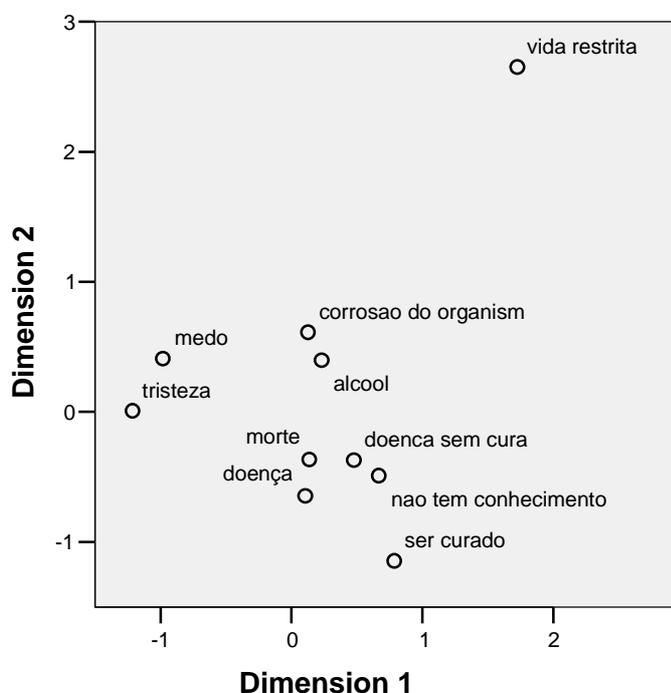


Figura 3: Gráfico de ANACOR, demonstrativo de campo representacional do grupo cirrose por álcool, em relação à palavra-estímulo cirrose

Para o grupo cirrose por álcool a palavra-estímulo cirrose tem como núcleo central no gráfico constituído os vocábulos morte e doença sem cura. Próximo a este eixo central estão as expressões doença e não tem conhecimento. No quadrante superior direito há proximidade considerável entre álcool e corrosão do organismo. Logo abaixo, quadrante inferior direito, está a expressão ser curado, e dispersa em relação às demais palavras do gráfico, localiza-se vida restrita (quadrante superior direito).

Assim, para o grupo cirrose por álcool a cirrose é uma doença sem cura que teve como fator causal o álcool, que levou à corrosão do organismo, tendo como consequência a ameaça de morte (núcleo central).

Mesmo distante e isolada do núcleo semântico, a expressão vida restrita é para estes sujeitos uma condição presente que os faz lembrar dos hábitos e da “conduta moral desviante”, e que geram sentimentos de tristeza e medo.

Observa-se, então, que o espaço semântico representado pelas Figuras 2 e 3 interagem com o discurso dos sujeitos, cuja correspondência semântica sobre o estímulo cirrose a identificam como uma doença sem cura, que leva à corrosão do organismo, cuja representação central é a morte.

7 CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu concluir que:

- Quanto às características sociodemográficas, a grande maioria dos portadores de cirrose hepática era do sexo masculino, em faixa etária produtiva, com idade média de 49,7 anos, casados, com escolaridade ensino médio, profissionais autônomos, com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e procedentes, principalmente, da região Nordeste.
- Quanto às características clínicas, 61 sujeitos ~~com 69,76% (n=42) de 29,69% (n=18) de 3,95% (n=2) de 1,97% (n=1)~~

desvirtuados. O segundo é desencadeado pela doença, e provoca a quebra dos vínculos.

De modo geral, a sociedade julga o indivíduo de comportamento “desviante” e o exclui. Nesse entendimento, este estudo identificou uma dupla exclusão, qual seja, a social e a auto-exclusão, do próprio sujeito. Ele incorpora como verdadeiras as determinações das condutas sociais, após autojulgamento como ser transgressor das predeterminações, se auto-exclui, pois acredita ser culpado e, portanto, mantido afastado da sociedade “normal”, considera-se semelhante a alguns animais sujos e assustadores, como o porco e o sapo, referidos simbolicamente pelos sujeitos desta pesquisa.

Essas metáforas demonstram a fragilidade e vulnerabilidade do ser humano diante de situações limite, como uma doença crônica, capaz de deixá-lo na fronteira entre a vida e a morte. A primeira, na dependência de um órgão que deve ser aguardado em filas, inclusive uma delas para entrar na principal e mais esperada, a de transplante. A outra, quando alcançada, fila de transplantados, para aguardar a sentença: viver ou morrer.

Viver significa ter uma vida com limitações, restrita, com dúvidas a respeito da sobrevivência, permeada pelo medo do desconhecido, viver com outro órgão. Este medo move o doente de cirrose a tentar uma vida mais saudável, prudente e sem os “excessos” outrora permitidos.

Conforme se pode inferir, para estes doentes o sofrimento é degradante, pois tem uma conotação de “corrosão e destruição”. Qualquer doença metaforizada possui o poder de atormentar a imaginação, com simbolizações desumanizadoras e, assim, as pessoas se transformam em animais repugnantes, sujos e assustadores.

Até o século XX, as doenças mais temidas e passíveis de transformar seus portadores em seres repulsivos eram denominadas “peste”, termo originário do latim, *pestis*, “flagelo”, calamidade”, exemplos de irrupção da morte que confere à vida sua temporalidade.

Apesar de tantas dificuldades, espera-se que esse momento não seja solitário, e sim compartilhado pela família, pela rede social e, principalmente, por

profissionais de saúde habilitados no acolhimento e cuidado. A estes, sobretudo, cabe compreender a história natural da doença, bem como as complicações e estágios em que o indivíduo se encontra, na busca de motivá-lo não apenas para adesão ao tratamento, mas para retorno à vida. Porém é preciso ter habilidades para trabalhar especialmente a comunicação, e, desse modo, permitir aos indivíduos expressarem seus valores, medos e expectativas, pois a prevenção dos danos psicossociais, entre eles o suicídio, não é tarefa fácil.

Os resultados deste trabalho mostram-se animadores e propiciaram a oportunidade de refletir sobre a individualidade do portador de cirrose hepática. Ao mesmo tempo alertaram sobre aspectos da doença, muitas vezes vistos como irrelevantes pelos próprios profissionais da saúde que assistem, embora tenham valor inestimável para o doente, como o resgate da auto-estima.

Atualmente enfatiza-se cada vez mais a importância do envolvimento efetivo e afetivo do profissional de saúde, em particular a enfermeira, ao atuar na assistência dessa clientela. É necessário e urgente promover cursos de atualização sobre a temática, conduzidos por abordagens ancoradas numa conduta ética para a relação enfermeiro-paciente. Igualmente importante e relevante é a formação de grupos de portadores de cirrose hepática para discussão sobre sua doença, abordando aspectos relacionados à reflexão sobre corpo, culpa, medo, exclusão social e auto-estima.

Espera-se também que os resultados desse trabalho possam sensibilizar gestores na elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas a essa parcela da população. Enfim, mais uma vez se alerta: é preciso se envolver em movimento constante de busca, motivado pelo desejo de se instrumentalizar como pessoas e profissionais éticos, competentes e ricos em atitudes humanas. Particularmente no caso dos portadores de cirrose hepática, a humanização no atendimento e no tratamento pode constituir o diferencial na fronteira entre a vida e a morte.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.

AMARAL, L.A. Corpo desviante/olhar perplexo. **Psicol. USP**, v. 5, n. 1/2, p. 245-268, 1994.

ANDRADE, A.Z. Regressão da fibrose hepática. **Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.**, v. 38, n. 6, p. 514-520, nov./dez. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. A. Reto e A. Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Martins Fontes, 1977.

BRANDÃO, A.B.M. et al. Cirrose. In: LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**. Rio de Janeiro: Roca, 2006. v. 1, cap. 92.

BRASIL, L.M. et al. Prevalência de marcadores para o vírus da hepatite B em contatos domiciliares no Estado do Amazonas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n. 5, set./out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos IDB. Brasil, 2003**. Brasília: IDB, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de hepatites virais: avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV): o Brasil está atento**. Brasília, 2003a. 24 p. (Série A Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Taxa de mortalidade**. Indicador de mortalidade. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/CapituloC.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2007.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004.

CAMPOS, G.M.; FERREIRA, R.F. A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de uma alcoolista. **Estudo em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 1215-1225, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia – a clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAPISANO, H.F. Imagem corporal. In: MELO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

CARVALHO, D.V. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes em pós-operatório de transplante hepático por cirrose etílica e não etílica. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 682-687, dez. 2007.

COELHO, B.B.; TRINDADE, Z.A. As representações sócias de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **Psic. Revista**, v. 7, n. 1, p. 9-18, 2006.

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Concepções populares de normalidade e saúde mental no litoral da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1726-1736, nov./dez. 2005.

COSTA, M.F.F.L.; BARRETO, S.M.; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

COUTINHO, M.P.L. et al. **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003.

COUTINHO, M.P.L.; SALDANHA, A.A.W. **Representações sociais e práticas de pesquisas**. João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005. 270 p.

CRUZ, F.M.M.; BONETTO, D.; CARNEIRA, R.M. Hepatite viral aguda: novas abordagens para uma doença antiga. **Adolescência Latino-Americana**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, jun. 2000.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Cormorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700. 2004.

FARR, M.F. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.A.; JOVCHELOUICH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FERREIRA, C.T.; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 473-87, 2004.

FIGUEIRA, A.P.C. Faça você mesmo... procedimento ANACOR. Passo a passo. **Revista Iberoamericana de Educación**, Portugal, 2007. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/795Couceiro.PDF>>. Acesso em: 20 dez. 2007.

FOCACCIA, R. et al. Tratamento. In: FOCACCIA, R. **Veroseni**: tratamento de infecto patologia.. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 22.

FOUCAULT, M. **A crise das febres**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. cap. X.

FOUCAULT, M. **Abram alguns cadáveres**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. cap. VIII.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FREITAS, M.C. Condição crônica de saúde e o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, dez. 1999.

GASKELL, G. Entrevistas individuais. In. BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 516. cap. 3..

GAZE, R et al. Reflexões éticas acerca dos estudos de soroprevalência de hepatites virais. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 3, p. 162-169, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GRAZZINELLI, M.H. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GRUPO OTIMISMO DE APOIO AO PORTADOR DE HEPATITE. Disponível em: <http://hepato.com/camapna_eventos_2007.html>. Acesso em: 23 jan. 2008.

HEPATITE C NO FOCO DA CAMPANHA. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br/clipping/modules.php?name=News&file=article&sid=6541>. Acesso em: 23 jan. 2008.

GRUPO OTIMISMO DE APOIO AO PORTADOR DE HEPATITE. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://hepato.com/campanha_eventos_2007.html>. Acesso em: 15 jan. 2008.

HIGA, E.M.S. et al. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar**: medicina de urgência. Barueri, SP: Manole/UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO. Disponível em: <<http://www.huwc.ufc.br>>. Acesso em: 17 jan. 2007.

IIDA, V.H. et al. Cirrose hepática: aspectos morfológicos relacionados às suas possíveis complicações. Um estudo centrado em necropsias. **Brasil. Patol. Méd. Lab.**, v. 41, n. 1, p. 29-36, fev. 2005.

JODELET, D. **As representações sociais**. Organização e tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

LEITE, I.C. et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimadas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 733-741, 2002.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-Graduação – Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, M.F.F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Universidade de Brasília. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

MADEIRA; M.C.; TURA, L.F.R.; GAZE, R. Diversidade cultural e práticas educativas de prevenção: Representações sociais das hepatites. In: MOREIRA, A.S.P.; JESUÍNO, J.C. (Org.). **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Ed. Universitária, 2005.

MAIO, R.; DICHI, J.B.; BURINI, R.C. Conseqüências nutricionais das alterações metabólicas dos macros nutrientes na doença hepática crônica. **Arq. Gastroenterol.**, v. 37, n.1, jan./mar. 2000.

_____. Sensibilidade de indicadores da desnutrição proteico-energética em cirróticos com vários graus de disfunção hepatocelular. **Arq. Gastroenterol.**, v. 41, n. 2, p. 93-99, abr./jun. 2004.

MARTINS, A.J.; CARDOSO, M.H.C.A.; LIERENA Jr., J.C. Em contato com as doenças genéticas: a norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 968-975. 2004.

MELONI, J.N.;
4.C. 9;.

00n.

J7RIN J7R80683(.)-2os42.364(c)-0.293142(o)
9u9(C)1.57479u85.67504(n)-2.1648(2)-4.3293-34.0 213.

ORDEM dos enfermeiros de Portugal. 2006 Disponível em: <www.ordem.enfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=353>. Acesso em: 13 fev. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Tradução de Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Campinas, SP: UNICAMP, 2000.

PAROLINI, M.B. et al. Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. **Arq. Gastroenterol.**, v. 39, n. 3, p. 147-152, jul./set. 2002.

PASSOS, A. Hepatite C: aspectos críticos de uma epidemia silenciosa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1067-1078, 2006.

PASSOS, A.D.C. Aspectos epidemiológicos das hepatites virais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 30-36, jan./mar. 2003.

PEREIRA, M.L.D. **A (re)invenção da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV**. 2001. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem/ USP. São Paulo, 2001.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RABELO, M.C. **Experiência de doenças narrativas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

REY, F.L.G. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicol. Teor. Prat.**, v. 8, n. 2, p. 69-85, dez. 2006.

RICCOR, R.C. et al. Depressão em pacientes adultos portadores de doenças crônicas: diabetes mellitus e hepatites virais. **HB Cient.**, v.7, n.3, p.156-160, set./dez. 2000.

RITTER, L.; GAZZOLA, J. Avaliação nutricional no paciente cirrótico: uma abordagem objetiva, subjetiva ou multicompartimental. **Arq. Gastroenterol.**, v. 41, n. 1, jan./mar. 2006.

ROSEMBERG, B. Representações sociais de eventos somáticos ligados à esquistossomose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 30-46, 1994.

SÁ, C.P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110 p.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO Jr., A.L. Análise das políticas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set. 2006.

SARACENI, C.P. **Vigilância das hepatites virais**: a experiência de Vargem Grande Paulista, 1997-1999. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SCHRAMM, M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SETTE J.R. J et al. **Abordagem do paciente com doença hepática**: In: LOPES, A.C. Tratado de clínica médica. Rio de Janeiro: Roca, 2006. v. 1, cap. 82.

SILVA, A.S. et al. Estratégias de prevenção da doença hepática crônica e transplante de fígado. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 21, p. 79-84, 2006. Supl. 1.

SILVA, D.G.V.; TRENTINI, M.T. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002.

SILVA, D.M.G.V. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 7-14, jan./fev. 2005.

SILVA, L.F. et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 40-47, jan./mar. 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1, cap. 36.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002. p.108.

SOUTO, et al. Prevalência e fatores associados a marcadores do vírus da hepatite B em população rural do Brasil central. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 10, n. 6, 2001.

SOUZA, M.G. et al. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B: prevalência e fatores de risco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 37, n. 5, set./out. 2004.

STRAUSS, E.; AEROSA, J.P. Infecções bacterianas pioram o prognóstico da hepatite alcoólica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 37, n. 3, p. 199-203, maio/jun. 2004.

TAKAHASHI, R.F.; SHIMA, H. A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a "tuberculoides" a morte enunciada. In: TURA, L.F.R.; MOREIRA, A.S.P. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2004.

TOVO, C.V. et al. Diagnóstico diferencial das hepatites. **Revista Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição Mom. & Perspec. Saúde**, Porto Alegre, v. 14, n. 1/2, jan./dez. 2001.

TURA, L.F.R. Aids e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: CAMARGO, B.V. **Aids e representações sociais**: a busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

TURA, L.F.R.; MADEIRA, M.C.; GAZE, R. Representações sócias das hepatites virais e suas implicações nas práticas educativas de prevenção. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 195-213, 2002.

VALA, J. Análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (Org.). **Metodologia das ciências sociais**. 10. ed. Porto: Afrontamento, 1999. cap. 4.

VALENTE, V.B.; COVAS, D.T.; PASSOS, A.D.C. Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do hemocentro de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 8, n. 6, p. 488-492, nov./dez. 2005.

VARGAS, R.S.; FRANÇA, F.C.V. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 348-352, maio/jun. 2007.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Ed. AB, 1998. p. 238.

APÊNDICE A: TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Nº. _____

Sexo: () Masculino; () Feminino

Idade (anos) _____

Causa da cirrose hepática: () Hepatite viral tipo B

() Hepatite viral tipo C

() Álcool

GRUPO CIRROSE POR HEPATITES VIRAIS

1. Diga ou escreva pelo menos quatro palavras que lhe vêm à mente quando ouve a palavra “hepatite”.
2. Diga ou escreva pelo menos quatro palavras que lhe vêm à mente quando ouve a palavra “cirrose”.

GRUPO CIRROSE POR ÁLCOOL

1. Diga ou escreva pelo menos quatro palavras que lhe vêm à mente quando ouve a palavra “cirrose”.
2. Diga ou escreva pelo menos quatro palavras que lhe vêm à mente quando ouve a palavra “álcool”

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nº

I- Dados sociodemográficos

1. IDADE: ANOS
2. SEXO: M F
3. ESCOLARIDADE:
 ANALFABETO
 FUNDAMENTAL INCOMPLETO FUNDAMENTAL COMPLETO
 ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ENSINO MÉDIO COMPLETO
 TERCEIRO GRAU INCOMPLETO TERCEIRO GRAU COMPLETO
 OUTRO _____
4. PROCEDÊNCIA: _____
5. PROFISSÃO /OCUPAÇÃO: _____
6. RENDA FAMILIAR: _____
7. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO (A) CASADO(A) UNIÃO CONSENSUAL
VIÚVO(A) DIVORCIADO(A) SEPARADO (A)
8. TEMPO DE DIAGNÓSTICO DA CIRROSE HEPÁTICA: _____
9. ETIOLOGIA DA CAUSA DA CIRROSE HEPÁTICA: HEPATITE TIPO B
 HEPATITE TIPO C ÁLCOOL

II- Questões

- Descreva o que é cirrose para você.
- Descreva como é a sua vida.
- Como você pensa que as outras pessoas lhe vêem?
- Como você se descreve?

APÊNDICE C: ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA

Após a coleta, foi construído um banco de dados, onde todas as etapas foram desenvolvidas e processados no excel, sendo necessário seguir algumas etapas.

Primeira etapa: construção das seguintes variáveis fixas no excel: número de ordem (número dos sujeitos da pesquisa, utilizado apenas para esse banco de dados), idade, sexo, etiologia da cirrose (hepatite viral ou alcoólica) , condição do estímulo (cirrose como primeiro estímulo ou segundo estímulo) e o estímulo cirrose (cirrose 1, cirrose 2, cirrose 3 e cirrose 4, que representam as quatro palavras-resposta em relação à pergunta). Nessa etapa, sugere-se manter um banco de dados original, para conferência de alguma dúvida que possa surgir ao longo do caminho.

Segunda etapa: elaboração de “dicionário” das respostas ao estímulo cirrose, que foram executadas separadamente, para cada grupo. Após, realização da homogeneização das palavras repetidas e de mesmo significado, escolhidas pela maior freqüência. Essa etapa é a mais demorada e deve ser conferida exaustivamente, para que nenhuma palavra ou expressão do dicionário seja esquecida. No final da homogeneização, deve haver o mesmo número de palavras contidas no dicionário.

Terceira etapa: utilizou-se a barra de ferramenta “Editar- o item substituir”, para se proceder á substituição das palavras ou expressões no banco de dados do excel, pelas palavras que foram homogeneizadas. Após a execução dessa fase, foi feita a codificação por números em ordem decrescente em relação à freqüência das palavras homogeneizadas. Posteriormente foi feito um corte para selecionar as mais freqüentes. Neste estudo o corte foi para as palavras que se repetiram no mínimo nove vezes.

Quarta etapa: todas as séries criadas (variáveis ordinais ou nominais) no banco de dados do excel foram codificadas em números, e posteriormente, foram transferidas para o SPSS, executadas pelas ferramentas copiar e colar, pois neste software lêem-se apenas números. Entretanto, após essa ação de transferência, é

necessário que na pasta *variable view* do SPSS estejam codificadas as variáveis do estudo corretamente. Deve-se criar uma pasta para cada grupo do estudo. Nessa pesquisa as variáveis foram codificadas da seguinte forma: idade (1 = 21-39 anos; 2 = 40-58anos e 3 = 59-75 anos); sexo (1= masculino; 2=feminino); etiologia (1= cirrose por hepatites virais; 2= cirrose por álcool); estímulo cirrose (1= cirrose como primeiro estímulo e 2= cirrose como segundo estímulo); estímulo cirrose (1=doença sem cura; 2=transplante; 3=ser curado; 4=tristeza; 5= vida restrita; 6=morte; 7=doença; 8=álcool; 9=não tem conhecimento; 10=corrosão do organismo; 11=medo; 12=tratamento; 13=hepatite; 14=barriga-d'água; 15=discriminado pela sociedade; 16=descuido; 17=tem que aceitar; 18=fé em Deus; 19=dor e 20=família). Após a construção do banco de dados passou-se para as análises estatísticas, neste caso, análise de correspondência (ANACOR) e interpretação dos resultados.

ANACOR (Análise de correspondência)

ANACOR é uma análise de correspondência que permite visualização desta tabulação. Usa-se para dados nominais e freqüência, como palavras associadas e relação entre as palavras. Descreve o espaço semântico.

Para a realização da ANACOR é necessário construir uma tabela NxN, ou seja, a construção da matriz de correspondência que se apresenta da seguinte maneira: 1 linha, 1 coluna e 1 coluna de freqüência.

- Cada linha e cada coluna têm um perfil.
- Igualmente têm um perfil a linha e a coluna soma.
- Calcula-se uma distância entre cada linha e soma das linhas com chi-quadrado.
- Dessa matriz extraem-se fatores.
- Reflete a estrutura dentro da tabulação.

Na pesquisa a construção destes dados se fez da seguinte forma:

1. Nas colunas do SPSS, realizada a CROSSTABS apenas para as colunas que continham os estímulos (ex. cr1, cr2, cr3 e cr4).

2. Etapas a seguir: ANALYZE > DESCRIPTIVE STATISTICS > CROSSTABS. Fazer, então, os cruzamentos das tabelas, ou seja:

-Cr1 com cr2, cr3 e cr4

-Cr2 com cr3 e cr4

-Cr3 com cr4

Na janela CROSSTABS pede-se: ROW- colocar cr1, na outra pede, COLUMN, colocar cr2,cr3,cr4, após clicar OK. Aparecerá uma nova janela Output1, com os dados já cruzados. Não tem necessidade de fechá-la para realizar os demais cruzamentos, na barra de ferramenta dessa mesma janela é só seguir ANALYZE > DESCRIPTIVE STATISTICS > CROSSTABS e no Row e Column fazer o cruzamento de cr2 com as demais colunas, e assim realizar os “n” cruzamentos.

3. Após o termino de todos os cruzamentos, foram impressas do output1 todas as tabelas dos possíveis cruzamentos (CROSSTABS), ex. do cruzamento do cr1-cr2.

cir1 * cir2 Crosstabulation

Count

		cir2										Total
		doen ca sem cura	ser cur ado	trist eza	vid a res trit a	mo rte	do enc a	alco ol	nao tem conh ecime nto	corrosa o do organis mo	me do	
cir1	doença sem cura	2	0	1	0	3	0	2	0	0	0	8
	tristeza	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	5
	morte	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3
	doença	1	0	1	1	0	1	5	1	1	0	11
	alcool	0	0	0	1	1	0	4	1	2	1	10
	nao tem conhecimento	2	0	0	0	0	0	3	0	0	0	5
	corrosao do organismo	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
	medo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Total		7	1	3	2	7	3	14	2			

	resposta estímulos	coluna de cruzamento	freqüência
c1-c2	doença sem cura	doença sem cura	2
	ser curado	doença sem cura	0
	tristeza	doença sem cura	0
	vida restrita	doença sem cura	0
	morte	doença sem cura	3
	doença	doença sem cura	0
	álcool	doença sem cura	2
	não tem conhecimento	doença sem cura	0
	corrosão do organismo	doença sem cura	0
	medo	doença sem cura	0
	doença sem cura	tristeza	1
	ser curado	tristeza	0
	tristeza	tristeza	1
	vida restrita	tristeza	0
	morte	tristeza	0
	doença	tristeza	2
	álcool	tristeza	0
	não tem conhecimento	tristeza	0
	corrosão do organismo	tristeza	0
	medo	tristeza	1

-Esta é uma etapa demorada, mas deve conter todos os cruzamentos e suas freqüências. Ao término retirar as freqüências zero, e substituir as palavras estímulo pelo código correspondente da homogeneização. (Ex.: doença sem cura – código 1).

-Para substituição, buscar na barra de ferramenta: EDITAR > SUBSTITUIR. É só colocar na janela o nome e pedir para substituir pelo número correspondente da codificação que se tem.

Codificação dos estímulos

	estímulos	coluna de cruzamento	freqüências
c1-c2	1	1	2
	6	1	3
	8	1	2
	1	4	1
	4	4	1
	7	4	2
	11	4	1
	1	6	1
	6	6	2

Com este formato, copiar e colar na nova pasta do SPSS, e assim partir para a nova etapa.

4. No VARIABLE VIEW, colocar os valores da codificação dos estímulos, necessária para que o DATA VIEW possa ler.

5. Para a construção do gráfico adotam-se os seguintes passos:

ANALYZE > DATA REDUCTION >CORRESPONDENCE ANALYZE. Nesta abrirá uma janela. Seguir as instruções:

Correspondence analysis:

ROW: colocar a coluna de cruzamento, e Definir Ranger: (.../...), nestes foram utilizados os números dos códigos que variavam entre valor mínimo 1 e valor máximo 13.

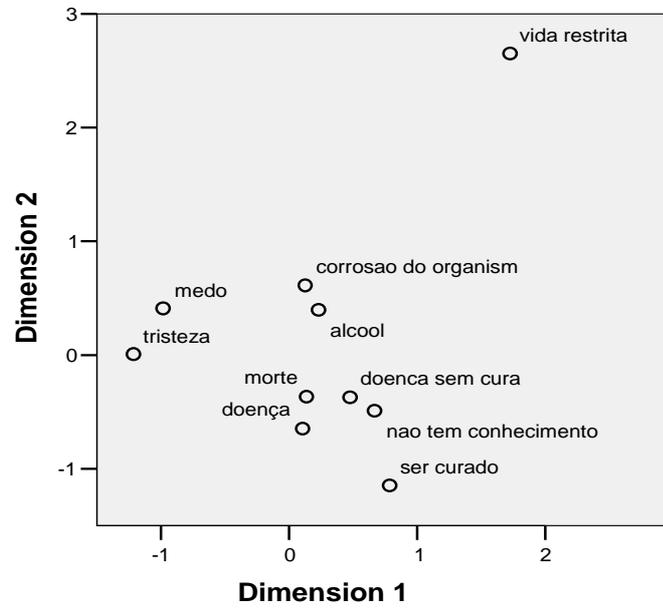
COLUMN: colocar a coluna de estímulo, e Definir *Ranger* (.../...)... (idem à anterior). Após essa definição ver nos itens que disponibilizam essa janela: model que deve estar marcado o chi-quadrado, e ativar no Plots, marca o ROW PONTTS e continua. No final de toda operação clicar OK, e encontrará os dados e gráficos desejados, conforme os exemplos a seguir:

Overview Row Points(a)

cir1	Mass	Score in Dimension		Inertia	Contribution				
		1	2		Of Point to Inertia of Dimension		Of Dimension to Inertia of Point		Total
					1	2	1	2	
doença sem cura	,170	-,351	,971	,139	,026	,242	,122	,761	,883
ser curado	,000	.	.	.	.	.	.	.	.
tristeza	,000	,394	,059	,296	,020	,001	,045	,0	.
vida restrita	,000	.	.	.	.	.	.	.	.
morte	,064	,250	1,872	,474	,005	,220	,020	,8	.
alcool	,213	-,221	-,713	,169	,000	,007	,317	,5	.

Row Points for coluna

Symmetrical Normalization



APÊNDICE D: CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS
EM SAÚDE- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ENFERMAGEM
Av. Paranjana, 1700 – Campus do Itaperi – 60740-000
Fortaleza-Ceará- Brasil
Fone: (085)-31019823

CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Fortaleza, 28 de março de 2007.

ATT:

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Encaminhamos o projeto de pesquisa intitulado: **Quando um órgão delibera a fronteira entre a vida e a morte: representações sociais de portadores de cirrose hepática**, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição para a partir de sua aprovação darmos início à etapa de coleta de dados.

Antecipamos sinceros agradecimentos.

Prof^a. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Orientadora

Edilma Gomes Rocha
Mestranda- UECE

ANEXO A: CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH

CLASSIFICAÇÃO DE CHILD-PUGH

Dados Clínicos e Laboratoriais			
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS
Encefalopatia (grau)	Ausente	1-2	3-4
Ascite	Ausente	Discreta (ou controlada com diuréticos)	Ao menos moderada apesar do uso de diuréticos
Tempo de Protrombina (segundos além do controle)	<4	4-6	>6
Ou INR	<1.7	1.7-2.3	>2.3
Ou Atividade	> 50%	40-50%	< 40%
Albumina (EFP) (g/dL)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
Bilirubinas (mg/dL)	<2	2-3	>3

(A): 5-6, (B): 7-9, (C): 10-15

ANEXO B: MELD

MELD =

$$\begin{aligned} &= 9,57 \times \log_e \text{ creatinina mg/dL} + \\ &+ 3,78 \times \log_e \text{ bilirrubina (total) mg/dL} + \\ &+ 11,20 \times \log_e \text{ INR} + \\ &+ 6,42 \end{aligned}$$

ANEXO C: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)