



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Izabella Andrade da Rocha

**Análise de redes sociais de profissionais de saúde e pessoas tratadas por
meio de hemodiálise**

Rio de Janeiro

2021

Izabella Andrade da Rocha

Análise de redes sociais de profissionais de saúde e pessoas tratadas por meio de hemodiálise

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R672	<p>Rocha, Izabella Andrade da. Análise das redes sociais de profissionais de saúde e pessoas tratadas por meio de hemodiálise / Izabella Andrade da Rocha. - 2021. 106 f.</p> <p>Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Insuficiência renal crônica. 2. Diálise renal. 3. Redes sociais online. 4. Cooperação e adesão ao tratamento. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">614.253.5</p>
------	---

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Izabella Andrade da Rocha

Análise de redes sociais de profissionais de saúde e pessoas tratadas por meio de hemodiálise

Dissertação de mestrado apresentado, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, saúde e sociedade.

Aprovada em 19 de maio de 2021.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Frances Valéria Costa e Silva
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª Dra. Lucilane Maria Sales da Silva
Universidade Estadual do Ceará

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Deus, por ter-me permitido chegar até aqui e pela certeza de sua presença ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, Raimundo e Vitorina, pelo amor, compreensão e por não medirem esforços e proporcionarem todas as condições para que tornasse a pessoa e profissional que sou, e por me incentivar a prosperar.

À minha irmã Cristianne, por sempre poder contar com você.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus pela presença majoritária nos momentos de nossas vidas, por proporcionar esta conquista;

Aos meus Pais Raimundo e Vitorina, por serem meus exemplos tanto na vida pessoal como na vida profissional me ensinando a ser a pessoa que sou hoje;

À minha irmã e companheira Cristianne, por sempre acreditar em mim e pelo amor incondicional;

Ao meu amigo Rafael Abrantes de Lima, por estar sempre do meu lado;

Aos colegas, pela busca e partilha de conhecimento;

Aos pacientes, objetivo maior de toda atividade científica, por colaborarem de forma tão generosa com a nossa pesquisa;

À toda equipe do Serviço de Nefrologia, quem me acolheu e por ter contribuído não apenas para a concretização deste trabalho, sobretudo pelos ensinamentos transmitidos;

EM ESPECIAL À Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David, orientadora, primeiramente, pela receptividade e por ter-me aceito como orientanda, e ao longo deste tempo, espero ter merecido sua confiança. Agradeço pelos ensinamentos, atenção, infinita paciência, dedicação e incentivo a não esmorecer. Por acreditar nesse projeto desde o início, pelo respeito durante as orientações e pelo crescimento que me proporcionou durante esse período. Minha imorredoura gratidão.

A todos, minha sincera gratidão.

É preciso dirigir a própria vida. É preciso partir novamente do zero, isto é, do nada, a cada minuto da vida. Não se deve afundar. Todos os valores podem ser invertidos, porque muda-se a cada minuto e o que convinha há um instante atrás, agora não convém mais.

Saint Germain

RESUMO

ROCHA, Izabella Andrade. **Análise de redes sociais de profissionais de saúde e pessoas tratadas por meio de hemodiálise**. 2021. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

Este estudo possui como objeto: “as redes sociais (RS) de profissionais e clientes com acometimentos renais, sendo a pesquisa realizada em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro”. **Objetivos:** Analisar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise de um hospital universitário estadual da cidade do Rio de Janeiro. Identificar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise. Descrever como a rede social dos profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise se configuram e o papel dos atores nessas redes. Discutir como as relações em rede contribuem para adesão ao tratamento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quali quantitativa possuindo como participantes profissionais de saúde multidisciplinar e pacientes renais crônicos de um hospital universitário estadual do Rio de Janeiro. Para coleta foi utilizada entrevista individual, permitindo respostas em narrativa. Foram entrevistados 13 pacientes e 17 profissionais de saúde. Os dados foram analisados, para o segmento quantitativo, mediante Análise de Redes Sociais (ARS), permitindo gerar medidas de centralidades dos atores e construção do sociograma, utilizando-se para isto, os softwares Ucinet© e *Netdraw*©; para o segmento qualitativo, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático-categorial. **Resultados:** Compôr uma discussão que envolva um tema de ampla abordagem na literatura como a hemodiálise em pacientes renais crônicos com as redes sociais que envolvem os profissionais de saúde, foi um grande desafio e bastante instigador. Nas redes sociais de pacientes evidenciou-se que a centralidade de grau está voltada para a enfermagem na figura de 2 técnicos e 1 enfermeiro, com uma densidade baixa e uma limitação no estudo que permitiu somente a quantificação de grau de entrada. Nas redes sociais de profissionais de saúde também evidenciamos uma baixa densidade e novamente a figura da enfermagem em destaque com 2 técnicos e 1 enfermeiro, na centralidade de intermediação novamente a enfermagem se destaca tendo maior destaque a 2 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem, mas infelizmente vimos o serviço social ficar de fora da rede social, não sendo citado por nenhum dos atores. E ainda corroboramos com a análise de conteúdo que nos apontou o mesmo caminho para enfermagem como protagonista das redes sociais entre profissionais de saúde e pacientes renais crônicos. Por fim, foi possível analisar, identificar, descrever e discutir as redes sociais em como se configuram e seu papel na contribuição frente à adesão ao tratamento. **Conclusão:** Porém, foram visualizados também elos fracos no que diz respeito aos cuidados dos clientes renais crônicos, com relação às categorias profissionais de serviço social, nutrição e psicologia e que há abertura e possibilidade de melhora nestes aspectos.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Redes Sociais. Adesão ao Tratamento.
Análise de Redes Sociais.

ABSTRACT

ROCHA, Izabella Andrade. **Analysis of social networks of health professionals and people treated through hemodialysis**. 2021. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2021.

This study has as object: "the social networks of professionals and clients with renal disease, being the research carried out in a university hospital of the state of Rio de Janeiro". Objectives: Analyze the social networks of health professionals and clients with renal disease in hemodialysis at a state university hospital in the city of Rio de Janeiro. Identify the social networks of health professionals and clients with renal disease in hemodialysis. Describe how the social network of health professionals and clients with renal disease in hemodialysis are configured and the role of the actors in these networks. Discuss how network relations contribute to adherence to treatment. Methodology: This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative quantitative approach, with multidisciplinary health professionals and chronic renal disease patients from a state university hospital in Rio de Janeiro as participants. Individual interviews were used for the collection, allowing responses in narrative. 13 patients and 17 health professionals were interviewed. The data were analyzed, for the quantitative segment, through Social Network Analysis, enabling data generating measures about the centrality of the actors and the construction of the sociogram, using the software Ucinet© and Netdraw©; for the qualitative segment, we used the Thematic-categorical Content Analysis. Results: Composing a discussion that involves a theme of wide approach in the literature such as hemodialysis in chronic renal disease patients with social networks involving health professionals, was a great challenge and quite instigating. On the social networks of patients, it was evidenced that the centrality of degree is focused on nursing in the figure of 2 technicians and 1 nurse, with a low density and a limitation in the study that has only enabled the quantification of in-degree. On the social networks of health professionals, we also identified a low density and again the figure of nursing highlighted with 2 technicians and 1 nurse, in the centrality of intermediation once again nursing stands out having more emphasis on 2 nurses and 2 nursing technicians, but unfortunately, we have noticed that social work stays outside the social network, not even being mentioned by any of the actors. We also corroborate with the content analysis that has pointed out the same path for nursing as a protagonist of social networks between health professionals and chronic renal disease patients. Finally, it was possible to analyze, identify, describe and discuss social networks on how they are configured and their role in contributing to adherence to treatment. Conclusion: However, weak links were also visualized regarding the care of chronic renal disease clients, regarding the professional categories of social work, nutrition and psychology and that there is openness and possibility of improvement in such aspects.

Keywords: Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Social networks. Adherence to Treatment. Social Network Analysis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Rede social dos clientes. Rio de Janeiro, 2020.....	50
Gráfico 2 -	Rede social dos clientes tratados por hemodiálise: centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2020.....	53
Gráfico 3 -	Rede social dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2020.....	60
Gráfico 4 -	Rede social dos profissionais de saúde: centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2020.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Classificação da DRC. Rio de Janeiro, 2020.....	19
Quadro 2 -	Medidas de centralidade de grau (clientes). Rio de Janeiro, 2020.....	58
Quadro 3 -	Medidas de centralidade de grau (profissionais). Rio de Janeiro, 2020.....	65
Quadro 4 -	Medidas de centralidade de intermediação (profissionais). Rio de Janeiro, 2020.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARS	Análise de Redes Sociais
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DRCV	Doenças Renocardiovasculares
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OPAS	Organização Pan-Americana de Atenção à Saúde
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RS	Redes Sociais
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	17
1.1	Doença Renal Crônica e a Hemodiálise como terapia renal substitutiva.	17
1.2	Adesão ao tratamento como estratégia de cuidado	22
1.3	Redes Sociais no campo da saúde	28
2	MÉTODOS	35
2.1	Campo de pesquisa	36
2.2	Sujeitos de pesquisa	37
2.3	Coleta de dados	38
2.4	Tratamento e análise de dados	39
2.5	Aspectos éticos	42
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
3.1	Caracterização sociodemográficas dos clientes	44
3.1.1	<u>Caracterização sociodemográficas de clientes em hemodiálise</u>	45
3.2	Caracterização sociodemográficas dos profissionais	47
3.2.1	<u>Caracterização sociodemográfica dos profissionais do setor de hemodiálise.</u>	48
3.3	Redes sociais	48
3.3.1	<u>Análise estrutural da rede (clientes)</u>	49
3.3.2	<u>Análise de centralidade de grau (clientes)</u>	52
3.3.3	<u>Análise estrutural da rede (profissionais)</u>	59
3.3.4	<u>Análise de centralidade de grau (profissionais)</u>	61
3.4	Análise de conteúdo segundo Bardin	67
3.4.1	<u>1ª categoria: a percepção dos profissionais de saúde em relação a rede social construída entre os clientes</u>	68
3.4.2	<u>2ª categoria: as características de integração dos clientes na rede de serviço na ótica dos profissionais</u>	69
3.4.3	<u>3ª categoria: a construção de relações sociais entre clientes que permeia o ambiente intra e extra hospitalar</u>	71
3.4.4	<u>4ª categoria: a criação de vínculo e longitudinalidade no cuidado entre clientes e profissionais</u>	73

3.4.5	<u>5ª categoria: percepção do paciente frente ao papel do profissional quanto ao cuidado e educação em saúde.....</u>	77
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	101
	APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados.....	103
	ANEXO – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	105

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa que tem como objeto as redes sociais (RS) de profissionais e clientes com acometimentos renais, sendo a pesquisa realizada em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro.

Inicia-se com as seguintes perguntas de pesquisa: como as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais se organizam (ou configuram) e como estão estruturadas durante o processo de doença e tratamento em hemodiálise? Que papéis os profissionais de saúde como atores das redes sociais desenvolvem na adesão ao cuidado e sua importância?

É importante ressaltar que esta dissertação está vinculada ao grupo de pesquisa "Configurações do Trabalho, Saúde dos Trabalhadores e Enfermagem", certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) *strictu sensu* da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A motivação por escolher dissertar sobre RS entre clientes e profissionais da saúde se deu por ser uma estratégia que visa as relações pessoais e interpessoais, o que torna o conteúdo bastante relevante, uma vez que acreditamos que isso ajuda não só no cenário da Doença Renal Crônica (DRC), bem como reflete no âmbito da saúde como um todo.

Tendo vivido de perto a experiência como enfermeira residente em um hospital público universitário do estado do Rio de Janeiro, vendo diariamente a demanda entre profissionais de saúde e os clientes em terapia hemodialítica. Nesse contexto, acredito na oportunidade de demonstrar como o elo social entre pessoas e instituições, são importantes fatores para construção de ações efetivas por comprometer-se com uma direção participativa envolvendo uma contínua interlocução entre os atores.

Porquanto, as RS são entendidas como as relações que conectam e ligam diferentes pessoas, grupos ou instituições, unidos em torno de ideias e recursos em torno de valores e interesses. Os indivíduos pertencentes a este sistema são reconhecidos, nas ciências sociais, por sujeitos ou atores sociais (DAVID et al.; 2018)

As RS estruturam os campos de diversas dimensões das relações sociais. Segundo Junqueira et al., (2015), os vínculos entre indivíduos, entidades e organizações estruturam as mais variadas situações sociais, influenciando o fluxo de bens materiais, ideias, informação, papéis sociais e relações de poder. Nasce como fruto da vontade daqueles que a compõem,

em decorrência da descentralização das competências e do poder de decisão, além de intensificarem a articulação entre os atores participantes.

Segundo Silva et al., (2013a), a análise das redes sociais com relação ao trabalho em saúde disponibiliza ferramentas que são úteis para a compreensão das interações entre os atores de distintos campos profissionais durante o cuidado que é prestado ao cliente.

Segundo Griffiths et al., (2012), as informações que circulam nestas RS possuem atuação ao fornecer subsídios para promover apoio diagnóstico, autogestão, acompanhamento no tratamento para os usuários, além do auxílio no planejamento e prestação de cuidados de saúde para a comunidade.

As relações entre os membros da equipe exercem influência na resolubilidade das práticas de saúde (SCOTT et al., 2005). As relações sócias que compõem pacientes e profissionais de saúde podem funcionar como uma espécie de amortecedor contra efeitos negativos da doença/tratamento, como hospitalizações e servir como suporte para enfrentamento das questões do dia a dia, incluindo a situação de adoecimento.

Nesse sentido, as RS podem configurar como fluxos de apoio aos clientes com acometimentos renais e que representam as transformações da vida moderna. Atualmente, a DRC tem sido um revés de forma crescente e sendo considerada um problema de saúde pública a nível global, tendo como os principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e mais recentemente a obesidade (SILVA et al., 2020).

A DRC caracteriza-se pela diminuição progressiva da função dos rins, causalidade heterogênea e multifatorial e, por sua característica de cronicidade cuja evolução na maioria das vezes é assintomática, acarreta limitações físicas, sociais, emocionais, laborais que interferem de modo significativo na qualidade de vida dos seus portadores (BRASIL, 2014; RAVAGNANI et al., 2007).

Apesar dos importantes avanços tecnológicos no tratamento da DRC e o aumento de sobrevida desses clientes, nenhuma modalidade é curativa (DAVID, 2015; RUDNICKI, 2014). Ou seja, todas as intervenções devem ser focadas na abordagem global do cliente buscando a melhor qualidade de vida para o mesmo.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), a prevalência global da DRC através de censo realizado, demonstrou que em julho de 2018, o número total estimado de clientes em diálise foi de 133.464. As estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de clientes em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram 610 e 194, respectivamente (NEVES et al., 2020). A maior taxa regional de pessoas em alguma

modalidade dialítica encontra-se na região Sudeste; com registro de prevalência de 689 pmp em 2017 (THOME et al., 2019).

E um dos desafios da saúde pública no Brasil é garantir a qualidade no atendimento e gestão, uma vez que faz parte da nossa carta magna a Constituição Federal de 1988 onde nos diz em seu artigo 196 que a saúde é “Direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). E isso torna-se mais sólido quando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada através da Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Frente ao exposto, pode-se dizer que o mapeamento da rede social na qual atua a equipe de saúde que presta assistência direta aos clientes com DRC pode/poderá elucidar as questões subjetivas e objetivas que perpassam a comunicação, o conhecimento e o uso de informações pelos profissionais que implicam esse cuidado, bem como possibilita a visualização dos avanços e limites desta atuação pois a RS tende a ser significativa já que cada um está inserido em um contexto social específico e em contato com outros diferentes atores e equipamentos de saúde o que torna potente à produção do cuidado (SILVA, 2019).

Bem como conhecer experiências capazes de caminhar em direção as práxis transformadoras, ao promover ações de cuidado em saúde que reforçam a confiança, respeito e estima dos participantes, identificando rotas comuns de caminhos possíveis, fazendo do reconhecimento recíproco um dom em constante circulação, fundamental para a manutenção dos vínculos constituídos (MELO et al.,2018).

Assim justifica-se por ser uma temática pouco explorada principalmente no âmbito da saúde, e por acreditar que a análise de redes sociais em saúde permite ferramentas que são ricas e úteis para compreensão das relações entre profissionais da saúde e clientes, esse tipo de vínculo social pode contribuir para monitoramento de doenças crônicas, controle das demais doenças, prevenção de riscos e sem contar em melhora na adesão ao tratamento.

Considerando a DRC um problema de saúde pública a nível global, onde as relações na assistência direta são longas devido a característica inerente ao tratamento, viu-se a oportunidade e a necessidade de identificar nas redes sociais seus atores e seus papéis do cuidado na complexidade dos fenômenos saúde-doença cuidado no cenário da DRC.

Diante do exposto, a Análise de Redes Sociais (ARS) se constitui em uma metodologia com potencial para colaborar na explicitação das relações, trocas, reciprocidades, interesses e importância dos atores sociais nos cenários institucionais e não-institucionais que integram o campo da atenção à saúde; bem como a utilização de rede como forma de compartilhamento organizacional e nos processos decisórios participativos.

Acreditando nessa ferramenta, o presente trabalho busca através das redes sociais de profissionais e pacientes os nós críticos dos sistemas que integram a rede social de assistência ao paciente tratado através da hemodiálise, visando o conhecimento e o debate sobre a estrutura real da rede social na assistência ao cliente renal crônico, para assim, servir como bússola para ajuste da organização dos sistemas e garantia ao acesso efetivo, e integral do cuidado, contribuindo também para a pesquisa e ensino uma vez que são poucos estudos nessa temática.

Objetivo Geral

Analisar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise de um hospital universitário estadual da cidade do Rio de Janeiro.

Objetivos Específicos

- a) Identificar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise.
- b) Descrever como a rede social dos profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise se configuram e o papel dos atores nessas redes.
- c) Discutir como as relações em rede contribuem para adesão ao tratamento.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Para a revisão de literatura e composição do referencial temático, foram realizadas buscas bibliográficas para que, enquanto investigador da pesquisa, pudesse alcançar uma gama de fenômenos muito mais ampla e que possa colocar em contato com materiais já produzidos permitindo assim um maior aprofundamento da pesquisa (GIL, 2011)

A bibliografia do estudo foi coletada entre os meses de novembro e dezembro de 2019 nas bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed/MEDLINE (*U. S. National Library of Medicine*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados em Enfermagem) e Periódicos CAPES, com um corte temporal de 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol sendo utilizadas as palavras chave: doença renal crônica; hemodiálise; redes sociais; análise de redes sociais.

E em vias de alcançar a maior quantidade de publicações, foram utilizados operadores booleanos “AND” e “OR” no seguinte modo: “Doença Renal Crônica” AND “Hemodiálise” AND “Redes Sociais”; “Doença Renal Crônica” AND “Hemodiálise” AND “Análise de Redes Sociais”; “Doença Renal Crônica” OR “Renal Crônico” AND “Hemodiálise” AND “Redes Sociais”; “Doença Renal Crônica” OR “Renal Crônico” AND “Hemodiálise” AND “Análise de Redes Sociais”; “Doença Renal Crônica” AND “Hemodiálise” AND “Redes Sociais” AND “Análise de Redes Sociais” e “Doença Renal Crônica” OR “Renal Crônico” AND “Hemodiálise” AND “Análise de Redes Sociais” AND “Redes Sociais”.

1.1 Doença Renal Crônica e a Hemodiálise como terapia renal substitutiva

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade e de incapacidade prematura no Brasil segundo a Organização Pan-Americana de Atenção à Saúde (OPAS) (2007). Entende-se por DCNT aquelas que apresentam como características uma origem incerta, com múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, etiologia não infecciosa e estarem vinculadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS, 2013).

Com as mudanças nos perfis sociodemográfico, epidemiológico e nutricional da população e concomitantemente um aumento no controle de doenças transmissíveis, nas últimas décadas,

houve uma inversão do perfil epidemiológico, isto é, as doenças infectoparasitárias, principais causas de enfermidades do século passado, cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis, e com isso emerge a partir de então a necessidade de monitoramento da ocorrência de DCNT (BRASIL, 2005).

As DCNT são responsáveis por cerca de 60% das causas de mortes em todo mundo, ou seja, cerca de 35 milhões de óbitos por ano (BRASIL, 2014). No país, corresponderam a 68,9% de todas as mortes, no ano de 2016 (BRASIL, 2019). A ocorrência é muito influenciada pelos estilos e condições de vida. Nesse segmento destaca-se a Doença Cardiovascular (DCV) em virtude do seu impacto epidemiológico, sendo responsável por cerca de 30% de todas as mortes no mundo (WHO, 2005).

Vale salientar que estudos têm demonstrado que além dos fatores de risco tradicionais a DRC tem se apresentado como um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares (BUCHARLES, 2010).

Baseado no exposto entende-se que a DRC está associada à DCV e é um fator de impacto para o prognóstico. E ainda, de acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2009) a morbidade e a mortalidade cardiovascular entre os clientes com acometimentos renais é bastante elevada. Desta forma, torna-se estratégico considerar a DRC como parte do grupo de DCV, dentro do contexto das DCNT, como Doenças Renocardiovasculares (DRCV) como proposto pelo Ministério da Saúde em Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao cliente com Doença Renal Crônica (BRASIL, 2014).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT estão organizados em fatores não modificáveis, como idade, a hereditariedade, o sexo, a raça e fatores modificáveis, isto é, HAS, etilismo inveterado, o DM, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e a hipercolesterolemia (BRASIL, 2018; SILVA et al., 2020).

No Brasil, de acordo com o censo desenvolvido pela SBN no período de 2009 a 2018 o número de clientes em tratamento hemodialítico por ano triplicou. O censo ressalta que dos clientes em hemodiálise possuem como diagnóstico de base HAS e seguido de perto pela DM (NEVES et al., 2020).

A doença renal se configura como uma doença crônica não transmissível e pode ser definida como alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura quanto a função renal, com múltiplas causas e múltiplos fatores de risco (BRASIL, 2019). Caracterizada de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) que é um fator determinante para sua classificação, conforme podemos ver no Quadro 1. (BASTOS; KISZTARJAN, 2011; BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Classificação da DRC. Rio de Janeiro, 2020

ESTÁGIO	TFG (ml/min/1,73m²)
1	≥ 90
2	60 – 89
3 A	45 – 59
3 B	30 – 44
4	15 – 29
5	< 15

Fonte: Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde (BRASIL, 2014)

A doença renal é silenciosa, cursa de forma assintomática e tem apresentado crescente prevalência, alta mortalidade e elevados custos para os sistemas de saúde no mundo. No Brasil, o envelhecimento populacional aliado a DCNT se apresenta como importante fator de risco (BRASIL, 2019).

A análise da *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) demonstrou que cerca de 13% da população adulta nos Estados Unidos da América apresenta algum grau de perda de função renal (SNYDER et al., 2004). Pelo fato da DRC cursar por um longo período com ausência de sintomas e a sua progressão leva o cliente ao último estágio da DRC que é o de número 5 ou seja uma TFG de < 15 ml/min/1,73m², nessa fase da enfermidade o cliente evolui com a necessidade de algum tipo de Terapia Renal Substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (BRASIL, 2014). Cerca de 90% dos casos diagnosticados de DRCT no mundo estão concentrados em países em desenvolvimento (NWANKWO et al., 2005).

A hemodiálise é a principal, porém não única forma de tratamento para os pacientes que estão no último estágio da doença renal crônica. Esse procedimento simula o processo fisiológico de filtração glomerular, baseado no mecanismo de difusão. A forma ativa do tratamento é realizada em hospitais ou unidades especializadas, assim, os pacientes são conectados a uma máquina específica durante onde o usuário necessita dispor de cerca de quatro horas por dia, durante três vezes por semana, o que implica diretamente na sua qualidade de vida (KARKAR, 2012; ROSA; LOURES, 2013). É acompanhado de inúmeras restrições de vida tais como, restrições alimentares, de atividades diárias básicas, e sociais, mas sendo um método muito efetivo (ROSA; LOURES, 2013).

Segundo Smeltzer e Bare (2002) a hemodiálise é um processo que consiste na remoção de líquidos e dos produtos de degradação urêmicos do corpo quando os rins são incapazes de fazê-lo. Os objetivos da hemodiálise são extrair as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e restaurar o volume e a composição dos líquidos corporais aos seus valores normais. O sangue, carregado de toxinas e resíduos nitrogenados, é desviado do paciente para uma máquina no qual é limpo e devolvido ao paciente.

A hemodiálise é um método de depuração extracorpórea pelo qual o sangue obtido por um acesso vascular (cateteres, shunts ou fístulas) é colocado em contato com uma solução de diálise em um filtro especial que usa uma membrana semipermeável artificial (VERONESE; MANFRO; THOMÉ, 1999).

O sangue pode ser retirado, limpo e devolvido ao corpo em velocidades entre 200 e 800 ml/min. O acesso à circulação do paciente deve ser estabelecido, já que existem diversos tipos de acessos disponíveis. As opções de acesso para execução da HD são: próteses, fístula arteriovenosa ou cateter (RUDNICKI, 2014).

O acesso imediato à circulação do paciente para hemodiálise aguda é feito ao se inserir um cateter de luz dupla ou de múltiplas luzes na veia subclávia, jugular interna ou femoral. Esse acesso vascular pode ser utilizado por várias semanas apesar de não estar isento de riscos como: hematoma, infecção, fluxo inadequado etc.

Os cateteres de luz dupla com balão também podem ser inseridos por meios cirúrgicos na veia subclávia dos pacientes que necessitam de um cateter venoso central para a diálise durante um período mais prolongado. Outro acesso mais permanente, denominado fístula arteriovenosa, é criado por meios cirúrgicos, geralmente no antebraço, ao se unir uma artéria em uma veia, tanto látero-lateral quanto término-lateral. O segmento arterial da fístula é empregado para o fluxo arterial e o segmento venoso para a reinfusão do sangue dialisado. (SMELTZER; BARE, 2002).

Esta modalidade destaca a vantagem de ter alto poder de depuração das toxinas urêmicas que são constituídas de baixo peso molecular. Contudo, existem também desvantagens relacionadas, sendo: exigência de anticoagulação, restrição alimentar e de líquidos.

Com isso, podem aparecer efeitos colaterais interdialíticos como: disritmias cardíacas, náuseas, vômitos, hipotensão ou hipertensão, reações de hipersensibilidade, entre outros (MATIAS, 2015).

O tratamento hemodialítico, por si só, já denota mecanicidade. A mecanização que é existente neste cenário acaba, por vezes, a reduzir a prática da comunicação afetiva e efetiva, que pode

estar relacionada a toda tecnologia existente no contexto da terapêutica, mas é associada também a formação do profissional, ainda no modelo biomédico, fragmentando o cuidado e vendo o indivíduo como partes e/ou doença que ele tem.

A hemodiálise é uma conquista e sua importância não é algo a ser questionado e sim como a empregamos. Acrescenta-se que a qualidade do cuidado depende de competência técnica, mas, também, da habilidade de interação e comunicação dos trabalhadores entre si e com os clientes. (POTT et al., 2013). O desafio é identificar que a complexidade está em todos os atos de cuidar e que há uma complexidade em se construir a integralidade (PEREIRA et al., 2009).

Nesse contexto, os profissionais de saúde, ao prestarem cuidado ao cliente submetido a este tratamento, devem empreender toda atenção para que suas ações não se transformem em ações automáticas, e que não sejam valorizados os aspectos humanos na relação cuidado/cuidador.

Nesta condição é imposto a necessidade de aprender a viver/lidar com os sintomas e incapacidade ao longo do processo patológico. Entende-se, portanto, que o sucesso da terapêutica implementada depende de vários segmentos da sociedade.

Diversas são as mudanças sofridas diante da nova realidade na busca da readaptação e do controle da situação. A experiência da DRC exige que a família, amigos e parentes participem do processo de crescimento diante de cada nova fase vivida (SILVIA et al., 2014).

Muitos pacientes em regime de hemodiálise têm dificuldades em enfrentar os efeitos da doença renal e, portanto, há necessidade de uma adequação desse tratamento, pois está associado ao aumento do risco de mortalidade e ao acréscimo aos cuidados de saúde (CARVALHO et al., 2020).

Estudos evidenciam que é no contexto familiar que as mudanças são discutidas e oportunizadas. É fundamental um projeto terapêutico subsidiado nas inter-relações da família em seus diversos cenários (JESUS et al., 2019; MARTINEZ et al., 2015).

De acordo com Schwartz et al., (2009) estes cenários/ambientes estão dispostos da seguinte forma: microssistema (cliente e família), mesossistema (família e trabalho), exossistema (políticas de saúde) e macrossistema (cultura, valores, crenças), esses nichos afetam e possuem grande impacto nos resultados esperados com o tratamento dialítico.

Portanto, a rede de relações pode ou não potencializar o processo desenvolvimental do indivíduo e de sua família, para lidar com a doença. Dessa forma, fica nítido que as relações familiares são fundamentais e determinantes durante esse processo, haja visto que, as relações

de vínculo influenciam de maneira significativa as atitudes tomadas pelo indivíduo enfermo em sua reabilitação.

O suporte recebido nas RS do cliente com DCR impacta diretamente na qualidade de vida e prognóstico da terapia e da doença, respectivamente. Um estudo realizado por Silvia et al., (2016) demonstrou através do uso de uma escala que os clientes com DRC apresentam elevado apoio social, tanto instrumental quanto emocional, sendo a principal forma de apoio proveniente da família.

De acordo com a literatura, o suporte social está disposto em emocional e instrumental. O primeiro se refere à escuta, atenção, companhia, fazendo com que o outro se sinta cuidado. O segundo está vinculado a ajuda para realização de atividades diárias, apoio material e financeiro (MORAES; DANTAS, 2007).

O confronto com uma doença renal crônica, com perspectiva de dependência de uma terapia invasiva como a hemodiálise, assim como, as restrições alimentares, hídrica e a sintomatologia para pacientes em tratamento de DRC podem gerar grandes conflitos e dificuldades de enfrentamento (CARVALHO et al.,2020).

Para Silvia et al., (2016) o suporte social interfere diretamente nas condições de saúde mental e física do portador de doença crônica. Esse apoio emerge como uma condição *sine qua non* diante da DRC, uma vez que, há uma ruptura com o estilo de vida e adaptações são necessárias devido às novas limitações e restrições exigidas pela enfermidade e terapêutica.

1.2 Adesão ao tratamento como estratégia de cuidado

A adesão ao tratamento tem se mostrado um grande desafio no campo da saúde pública. Vem sendo estudada ao longo dos anos pelos profissionais de saúde e significa o quanto o comportamento do cliente coincide com as prescrições recomendadas pela equipe multiprofissional e com o seguimento das orientações relacionadas à adoção de um estilo de vida saudável (SOUZA et.al, 2012).

Uma das primeiras descrições na literatura sobre o tema adesão ao tratamento data de muito tempo. Há citações de Hipócrates em relação à importância da observação às falhas do cliente na forma como interpreta e operacionaliza o que havia sido prescrito (RAMALHINHO, 1994).

Segundo a WHO (2003), adesão ao tratamento é o comportamento de uma pessoa quanto à ingestão de medicamentos, seguimento da dieta e mudanças no estilo de vida de acordo com as recomendações de um profissional de saúde médico ou não médico enganador.

Silveira e Ribeiro (2005) ao abordarem o tema adesão do ponto de vista etimológico, tem a conotação de união, junção, acordo, aprovação, apoio, manifestação de solidariedade; pressupõe relação e vínculo.

Para Oliveira et al., (2020) define adesão ao tratamento como um processo multifatorial que tem base na parceria do sujeito que cuida com o sujeito que é cuidado; a ligação entre o profissional e o cliente é fator que estrutura e consolida o processo, devendo, portanto, ser considerada para que seja efetivada.

Inclusive ambulatórios de tratamento conservador, aqueles que visam retardar a progressão da doença renal, podem e devem tornar-se estratégias a fim de alavancar o caráter coletivo com debates em sala de espera mediado por profissionais de saúde criando relação de confiança e facilitando a adesão de clientes (LINS et al., 2018)

Segundo Pierin et al., (2004), pode ser entendida como um recurso que o indivíduo utiliza, no sentido de alcançar um objetivo, uma forma de fazer a melhora ou a manutenção de sua saúde, estando para isso, atento a sinais e sintomas de uma determinada doença. Para Botega (2017, p. 93):

(...) devemos conceber adesão ao tratamento como um processo com três componentes principais: a noção de doença que possui o paciente, a ideia de cura, ou de melhora que se forma em sua mente, o lugar do médico no imaginário do doente.

A adesão ao tratamento deve incluir fatores terapêuticos e educativos relacionados ao cliente, englobando questões relacionadas ao reconhecimento da aceitação das reais condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, a identificação de fatores de risco na maneira de viver, ao cultivo de hábitos saudáveis e ao desenvolvimento de uma consciência que propicie o autocuidado (LINS et al.,2017).

A adesão ao tratamento deve levar em consideração múltiplos fatores, relacionados não apenas à doença, mas também ao sujeito doente, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, à terapêutica (medicamentosa ou não) e aos fatores socioeconômicos.

Nestas perspectivas abordadas ao longo dessas linhas até aqui, o seu conceito caracteriza-se como um processo no qual os sujeitos envolvidos são influenciados por vários fatores que determinam a sua continuidade ou descontinuidade (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Assim, a adesão ao tratamento está relacionada aos fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, e com fatores externos como problemáticas de vida e redes de apoio (FERNANDES et.al, 2018).

Desta forma, entende-se que existem inúmeros fatores que podem interferir no fato do indivíduo aderir ou não ao tratamento. A não-adesão ao tratamento é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na saúde, gera custos substanciais e aumenta a morbimortalidade nas diversas patologias, inclusive na DRC, fazendo intensificar a velocidade de progressão dos estágios mais iniciais da mesma e conseqüente começo mais precoce da TRS (JARDIM; JARDIM, 2006; TAVARES et al.,2016).

A adesão vem sendo amplamente discutida e questões fundamentais como, por exemplo, os fatores que interferem de se obter dos clientes com acometimentos renais, comprometimento, pois se sabe que a adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia instituída pela equipe de saúde (JARDIM; JARDIM, 2006).

A adesão ao tratamento muito influencia o sucesso da terapia proposta, auxilia a prevenção e o controle de uma enfermidade ou, até mesmo, a cura de uma doença (GEWEHR et al.,2018; LEITE; VASCONCELOS, 2003). A não adesão ao tratamento pode levar o profissional ao julgamento errôneo sobre a sua eficácia, à recomendação de métodos diagnósticos que poderiam ser dispensados, à mudança na medicação ou ao aumento desnecessário das doses ministradas. Pode, também, ocasionar hospitalizações frequentes, com o conseqüente aumento dos custos do tratamento (CASTRO et al.,2010; WINNICK et al.,2005).

Vários fatores têm sido pesquisados como capazes de contribuir para a não adesão do cliente ao tratamento, tais como suas características demográficas e socioeconômicas, características da doença e do tratamento, perfil dos profissionais de saúde e tipo de relação destes com o cliente, facilidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e qualidade desses serviços, mas que em vias de fato não são fatores que geraram influência a não adesão (ARRELIAS et al., 2015; MANSOUR et al., 2016).

Entre os vários fatores apontados, alguns são considerados difíceis ou, mesmo, impossíveis de serem mudados, como, idade, complexidade da doença e condição socioeconômica, enquanto outros são passíveis de serem trabalhados, como, crenças, estilos de vida, relação com os profissionais e conhecimento da doença (BENFIELD, 2007; MURPHY et al., 2012; ROLNICK et al., 2013).

É de responsabilidade do profissional de saúde identificar estes fatores para a formulação de estratégias que venham promover um tratamento adequado e eficiente, sendo

necessários muitas vezes se reinventar em modos de como conduzir o estreitamento de laços entre os atores para que a adesão ao tratamento que neste momento é de suma importância.

Estudos têm demonstrado que o apoio do cuidador e da família, bem como da equipe de saúde, é essencial para o fortalecimento do comportamento de adesão (BARRETO; MARCON, 2014; GEWEHR et al., 2018; KINYGÄS et al., 2000).

Um importante fator que influencia a adesão à terapêutica, é a interação entre o médico, o cuidador e o cliente. Vários estudos avaliam a qualidade desta relação como um preditor de adesão e mostram que esta melhora consideravelmente quando as orientações dadas são compreendidas pelo cliente e os profissionais assumem atitudes que demonstram interesse pela situação do doente (LINS et al., 2018; WINNICK et al., 2005).

Assim, fatores relacionados aos serviços de saúde em que o cliente recebe o cuidado podem influenciar na adesão segundo a WHO (2003). A satisfação do cliente com o atendimento é apontada como fator importante na avaliação da qualidade do cuidado e como preditor do comportamento do cliente, relacionado à utilização dos serviços de saúde, à adesão ao tratamento e à retenção de informações médicas (AMORIM et al., 2020; MIASSO et al., 2009).

Outro fator preponderante como capaz de influenciar a adesão ao tratamento da doença é o conhecimento do cliente e dos familiares sobre a doença. A busca por uma melhor compreensão de familiares pode ser evidenciada quando laços são estreitados e a educação acontece de forma íntegra, aberta e em prol da formação de rede de apoio (FIGUEIREDO et al., 2018; FREIRE et al., 2020; TADDEO et al., 2012).

O fator informação torna-se ampliado a partir da soma de esforços dos profissionais gerando um aumento da possibilidade de incorporação dos conhecimentos transmitidos, importantes para as alterações nos hábitos de vida (SABATÉ, 2003).

Tendo em vista que a adesão deve ser entendida como um processo colaborativo que pressupõe a participação do cliente e dos familiares nas decisões sobre o tratamento, o conhecimento adequado pode ser visto como fator facilitador para a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas envolvidas.

Maldaner et al (2018), identificou em sua pesquisa que nove fatores e/ou motivos potencializavam à adesão ou não ao tratamento de indivíduos portadores da DRC e que estes fatores se correlacionavam entre si, sendo eles: confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapia, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, esquema terapêutico complexo, ausência de sintomas.

Segundo a WHO não há como negar que clientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crônicas) é um problema mundial de grande magnitude. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores (BRASIL, 2009).

Para Almeida et al (2007), a baixa adesão a tratamentos é a principal razão da redução do benefício clínico que leva a complicações de saúde e psicossociais, reduzindo a qualidade de vida das populações

A adesão ao tratamento é um processo que envolve não somente o esforço do profissional, mas principalmente o do cliente, e inclui os fatores terapêuticos e educativos, principalmente nos aspectos ligados ao reconhecimento e aceitação da doença. (SOUZA; CERQUEIRA, 2019)

Toledo (2007) considera que os usuários de saúde são agentes/coprodutores de um processo educativo e não apenas consumidores das orientações, dos grupos educativos. Acredita que esses tragam em si uma dupla dimensão no processo, sendo além de objetos de trabalho dos agentes educativos, sujeitos de sua própria educação. Dessa forma, a construção de um cuidado deve atender às necessidades dos grupos sociais, absorvendo essa dimensão educativa emancipatória segundo o mesmo autor.

Portanto, a capacidade de adaptação do indivíduo a um novo estilo de vida terá influência direta no processo de adesão ao tratamento (SMELTZER; BARE, 2020). Entretanto, considerar que os clientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganador (TADDEO et al.,2012).

Para a WHO (2009), as ações direcionadas à melhoria da adesão são o melhor investimento para a administração das doenças crônicas como a DRC, o que vem a favorecer os indivíduos, os sistemas de saúde e a economia dos países.

A concretização da adesão ao tratamento da DRC favorece ao indivíduo uma sessão de hemodiálise com menor risco de intercorrências na manutenção e no aperfeiçoamento do bem-estar físico, social e psicológico (MALDANER. 2008).

A não adesão é um achado comum em clientes com DRC que fazem tratamento hemodialítico. A adesão ao tratamento do cliente em hemodiálise não é um processo simples. As estratégias para incentivar a adesão vão ao encontro da necessidade de melhorias no processo de orientação sobre a doença e o seu tratamento farmacológico (LIINS et al.,2018; SGNAOLIN et al.,2012).

Além disso, a não adesão ao tratamento pode ser um fator causador de complicações, as quais podem ser solucionadas se houver a identificação de suas causas. Assim, avaliações do comportamento de adesão ao tratamento são necessárias para um planejamento eficiente e eficaz.

Dessa maneira, o conhecimento dos fatores que envolvem a adesão ao tratamento hemodialítico é imprescindível. A aceitação da doença e o reconhecimento da importância do tratamento proposto leva o cliente a seguir as recomendações dadas pelos profissionais e, assim, reduzir as complicações da DRC e melhorar as condições clínicas. Além disso, confere maior autonomia ao indivíduo na busca de alternativas de superação das dificuldades e a possibilidade de adaptar-se à nova condição de saúde (SGNAOLIN et al.,2012).

Estudos demonstraram, que seguir ao tratamento regularmente não é um comportamento fácil e vários são os fatores contribuintes da não adesão ao tratamento DRC, a exemplo, os problemas financeiros, o grande número de medicamentos prescritos, os efeitos adversos, o esquema terapêutico, as condições de acessibilidade ao serviço de saúde e a inadequação da relação profissional-cliente (MADEIRO et al.,2010).

Outros obstáculos à adesão segundo Madeiro et al (2010), incluem o desconforto da punção da fístula arteriovenosa, a limitação do lazer, a falta de transporte e o confronto com perdas, alterações da imagem e das funções orgânicas, conseqüentemente passam por períodos de angústia, ansiedade e depressão.

A clientela renal crônica em hemodiálise encontra vários obstáculos à adesão. Investigar os fatores que interferem na adesão a esse tratamento, com foco na atuação profissional pôde constatar que a comunicação, a orientação, a família (FERRAZ et al.,2017).

Perceber e valorizar o cliente renal crônico significa tentar entender as suas necessidades, as suas motivações, fato este que irá proporcionar a sua cooperação com a equipe, a valorização da sua própria vida, assumindo suas responsabilidades, aderindo ao tratamento e cumprindo com suas obrigações. Assim, avaliações do comportamento de adesão ao tratamento são necessárias para um planejamento eficiente e eficaz e é vista como um artifício a ser utilizado para a melhoria do quadro clínico dos usuários (ABREU; PREZOTTO, 2014; DIAS et al.,2015).

1.3 Redes Sociais no campo da saúde

As RS perpassam os campos de diversas dimensões das relações sociais. Caracteriza-se por dinamicidade e movimento que conectam e ligam pessoas, grupos e instituições, pois se transforma a cada instante e é dependente das interações sociais (ACIOLI, 2007; DAVID et al.,2018; JUNQUEIRA et al.,2015).

Nesse contexto, de acordo com Marteleto (2010), RS são conceitos que encontram abrigo em diversas áreas do conhecimento. A forma como as redes vão operar vai depender da ação coletiva. Para conceituar as redes, é importante primeiro entender os princípios que norteiam as comunidades de maneira a formar uma forte teia de relacionamento entre os indivíduos conectados entre si.

Uma RS pode ser denominada, assim, como a forma representativa de diversos grupos que reúnem pessoas com interesses e objetivos comuns, sejam eles de amizade, conhecimentos profissionais, culturais, religiosos ou afetivos, que visam algum tipo de alteração na realidade do coletivo ou em causa própria (NASCIMENTO; MARTELETO, 2007).

Na literatura das ciências sociais se identificam, geralmente, dois planos das redes sociais: as primárias e as secundárias. As redes primárias, relativas às interações cotidianas entre as pessoas (familiaridade, parentesco, vizinhança, amizade etc.) no processo de socialização. Trata-se de processos autônomos, espontâneos e informais; as redes secundárias, formadas pela atuação coletiva de grupos, organizações e movimentos que defendem interesses comuns e partilham conhecimentos, informações e experiências orientados para determinados fins (MARTELETO, 2010).

Importante destacar que o conceito de capital social se faz presente, sendo fundamental para a construção das redes sociais. Sobre a geração de capital social pela rede, Bourdieu (1983, apud RECUERO, 2005, p.6) define como sendo o fator inerente às relações sociais e não aos indivíduos, separadamente, em que o grupo comunga dos recursos individuais usufruídos por todos os membros:

O capital social é o agregado dos recursos atuais e potenciais os quais estão conectados com a posse de uma rede durável, de relações de conhecimento e reconhecimento mais ou menos institucionalizadas, ou em outras palavras, à associação a um grupo – o qual provê cada um dos membros com o suporte do capital coletivo.

O capital social pode ser entendido como conjunto de recursos decorrentes de uma rede de relações de reconhecimento mútuo demarcadas em campos sociais. Sendo construídas a partir de um capital social em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações permanentes e úteis. Estas ligações não se reduzem às relações de proximidade, em termos de espaço geográfico ou no espaço econômico e social em que estão submetidos.

A sociologia, por sua vez, focou-se no estudo estrutural das redes e o caráter de identidade social e os padrões de relacionamentos dos indivíduos, segundo sua posição dentro do grupo de pertencimento. As pessoas ocupam o lugar dos nós e o elo entre os demais são as arestas. Segundo Castells (2001, p. 499):

[...] rede como um conjunto de nós interconectados.
O nó é o ponto no qual uma curva se encontra.
Concretamente, o que um nó é, depende do tipo de redes concretas de que está sendo analisada. Assim, as redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que se comuniquem dentro da rede, ou seja, na medida em que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho (p. 498).

Castells (2001), afirma ainda, que os componentes da rede podem ser tanto como autônomos quanto dependentes em relação à rede, e o desempenho desta dependerá de dois de seus atributos fundamentais: a conectividade (capacidade de facilitar a comunicação sem ruídos) e a coerência (à medida que há interesses compartilhados, os objetivos da rede e de seus componentes).

Para Pinto e Junqueira (2008), citando Hanneman, essas redes são constituídas de pessoas, pois elas é que são capazes de conectar e criar vínculos e isto não ocorre do mesmo modo com as instituições. A topologia, a qualidade e intensidade destas ligações são os principais fatores de junção entre cada ator e a rede como um todo, na consecução dos objetivos individuais e do grupo e no exercício de ser poder.

Junqueira (2008) assinala que as redes sociais influenciam as mais variadas situações, como compartilhamento de valores, objetivos de desempenho, entre outros aspectos, e são definidas como “um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder às demandas e às necessidades de um determinado grupo de maneira integrada, respeitando o saber e a autonomia de cada membro”.

Já para Marteleto (2001), as redes representam “[...] um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”.

Para Granovetter et al., (1998, p.219) as redes se definem como um:

[...] conjunto de nós ou atores (pessoas ou organizações) ligados por relações sociais ou laços de tipos específicos.
Um laço ou relação entre dois atores tem força [*strength*] e conteúdo. O conteúdo inclui informação, conselho ou amizade, interesses compartilhados ou pertencimentos e, tipicamente, algum nível de confiança.

Granovetter (2006) evidencia a perspectiva sociológica que as redes integram os atores em seus contextos relacionais e possibilitam o acesso a oportunidades existentes na estrutura social e econômica.

De acordo com Butts (2008), muitos conceitos estruturais usados no campo de RS originam de um ramo da matemática que estuda as estruturas relacionais. Segundo Recuero (2014), as relações sociais são formadas e representadas por grafos – estrutura relacional que consiste em dois elementos: basicamente, por nós (os atores sociais) e suas conexões (relações/vínculo). Esse conceito simples ganha complexidade quando seus componentes (atores e relações) são analisados em maior profundidade.

Para Fialho (2014), para a compreensão da estrutura da rede é importante o entendimento de três elementos básicos: nós ou atores, os vínculos ou relações e fluxos. Os nós ou atores são as pessoas ou grupos de pessoas que se encontram movidas por um objetivo comum, os vínculos são os laços que existem e se estabelecem entre dois ou mais nós; o fluxo indica a direção do vínculo.

Quando esses atores sociais interagem entre si, eles criam laços sociais, os quais constituem as conexões da rede. De acordo com Recuero (2014), os laços sociais podem ser classificados em fortes e fracos, dependendo do nível de proximidade que existe entre os atores. Quanto mais frequente e íntima a interação entre os atores mais forte será a sua conexão.

Segundo Hanneman e Riddle (2005), o estudo das RS formadas pode se direcionar de duas maneiras, egocêntrica e multicêntrica. No enfoque egocêntrico, o objetivo é identificar os atores principais e os nós aos quais estes estão intimamente relacionados e posteriormente identificar as ligações realizadas. Este tipo de abordagem é útil no estudo de grandes populações. Além de fornecer uma boa e confiável imagem das redes formadas, nela podem-se identificar quantas conexões e a intensidade das relações.

As RS, nestas perspectivas, se movimentam a partir das construções em torno da informação e da comunicação, ou seja, nas possibilidades de aprendizado, de trocas de conhecimento e na ação coletiva dos indivíduos em rede.

Nesse contexto, as redes são estruturas abertas capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho). Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio (CASTELLS, 2001).

Stotz (2009) ao analisar as redes sociais, o autor observa que na literatura o que se destaca é a ênfase conferida às redes primárias na solução de problemas no âmbito das políticas públicas de modo a ajustar a população usuária aos serviços. Destaca as redes sociais como uma forma de ação coletiva, resultado de um processo coletivo mais amplo que pode estabelecer novas formas de relação entre os sujeitos e a estrutura social.

Ainda segundo o autor, a construção social do conceito de redes sociais passa por um processo de legitimação da ordem social com base na individualização das questões. No entanto as redes podem assumir um papel de regulação de interesses numa perspectiva democrática.

Cabe, portanto, destacar o potencial das redes sociais para a intervir sobre os determinantes coletivos dos problemas de saúde, utilizando a imbricação das redes para a garantia do direito à saúde. A proposta é de se pensar as redes sociais como um conceito de junção entre informação e saúde. Nesse encontro de conhecimentos estão presentes os elementos que apontam para uma perspectiva de mudança social (RIBEIRO, 2013).

Considerando o conceito de RS, verifica-se que a sua apropriação pela área da saúde vem ocorrendo gradativamente e ainda de modo incipiente. Essa consideração se reflete na dificuldade que ainda se tem em se visualizar e colocar efetivamente o usuário no centro desta política, pensando as redes não como um fluxo organizacional (que nos lembra a forte legitimação da hierarquização na saúde), mas como uma estrutura dinâmica em plena conversação na busca pelo equilíbrio e horizontalização dos saberes envolvidos (RIBEIRO, 2013).

A caracterização do termo rede social reflete diretamente a realidade do SUS, onde o atendimento através do referenciamento dos clientes é realizado por meio da interação entre os profissionais envolvidos no processo, demonstrando a necessidade de compreensão dessas relações das diversas maneiras por qual existem.

Para a compreensão das redes em saúde, é importante destacar que o SUS possui como um de seus princípios que regem a organização das ações de saúde a descentralização, logo essa percepção diferenciada das relações formadas no âmbito da saúde deve ser compreendida de maneira diferenciada, envolvendo as relações formais e informais presentes no

atendimento em saúde. Segundo Gómez et al., (2013) a interação entre atores é uma etapa fundamental para o entendimento do processo de tomada de decisão.

Para Pinheiro e Martins (2011, p. 23), essas trocas sociais produzem efeitos sobre os comportamentos e destes sobre as estruturas, podendo ser importantes para se repensar a organização da sociedade civil na sua relação com o Estado e as políticas públicas. O autor, enfatiza que:

Trata-se de valorizar a ideia de redes a partir de uma compreensão interativa e dialógica que considere o cotidiano e os processos sócio-históricos complexos. Estes funcionam como espelhos para o trabalho de desconstrução de posturas mentais e emocionais e reconstrução de novas vivências, crenças e experiências participativas mais solidárias.

Nesse sentido, o autor afirma que as redes sociais dos usuários da saúde são construídas nos espaços públicos situados entre os sistemas e as experiências, na interação macro e microsocial. Através do estudo sobre as redes sociais podemos conhecer de modo mais aprofundado as relações sociais construídas no cotidiano das pessoas (RIBEIRO, 2013).

Ao abordarem o cotidiano das práticas em saúde, enfatizam que este cotidiano é o *locus* social onde se expressam as experiências individuais e os contextos das relações sociais como um todo. As autoras ao tratarem destes aspectos relacionais no âmbito das relações entre população e serviços de saúde de alguma forma chamam a atenção para o trabalho coletivo entre as redes envolvidas nesse processo de cuidado e que a saúde é fruto das interações sociais (RIBEIRO, 2013)

Essas redes vão se configurar como verdadeiros fluxos de apoio para o enfrentamento da situação de adoecimento. Portanto, compreender as práticas de sociabilidade que se formam em torno do adoecimento significa a possibilidade de compreensão de qualquer campo específico de sociabilidade (RIBEIRO, 2013).

No espaço do hospital, segundo Fontes (2007), passa a ocorrer uma interação entre as redes pessoais e as secundárias. Torna-se inevitável que os profissionais e instituições participem do cotidiano de vida e de cuidados a essas pessoas, visto que o hospital se torna um laboratório vivo de experiências em torno do significado que as redes passam assumir, apropriando-se de forma mais interativa, das informações para gerenciar o cuidado.

Ao compreenderem o seu papel “em redes” na articulação com outras redes, os usuários da saúde podem engendrar uma nova forma de relação com as redes sócio técnicas e sócio institucionais numa perspectiva de participação social e exercício de direitos, saindo de uma postura de receptor de serviços e informações para uma postura de coparticipante nos processos que envolvem a saúde. Essas transformações vêm gerando mudanças nas bases do

processo assistencial promovendo uma maior interação e contribuindo para um movimento de horizontalização das relações (RIBEIRO, 2013).

Para Andrade e David (2015), o conceito de RS é oportuno, não só por centrar seu foco na análise em atores sociais fixos a partir de determinadas posições ou *status*, mas, principalmente, na relação propriamente dita.

Nesse sentido, as redes podem contribuir para que profissionais busquem não apenas dar conta de aspectos operacionais do seu trabalho, como também garantir uma assistência como acesso universal e equidade - que se relacionam com a prestação de uma assistência justa, conforme a necessidade de saúde de cada indivíduo, bem como, com controle social.

Assim, o recorte teórico e metodológico para conhecer e analisar as redes sociais como espaço de trocas materiais, informacionais e/ou simbólicas, formais e informais, permite apreender elementos capazes de apontar para fragilidades ou potencialidades para a operacionalização dos serviços de saúde (ANDRADE; DAVID, 2015).

A ARS formada entre os atores do sistema de saúde proporcionará um avanço para as gestões de saúde, bem como, para a identificação das fragilidades e qualidades existentes no atendimento aos clientes de forma integral.

As RS desempenham um papel importante na articulação do poder e na busca do compromisso com mudanças e processos decisórios; lideram processos de expansão e adaptação do modelo ao contexto organizacional. Nasceram como fruto da vontade daqueles que a compõem, em decorrência da descentralização das competências e do poder de decisão, além de intensificarem a articulação entre os atores participantes (JUNQUEIRA et al., 2015).

Segundo Borgatti et al (2013) e David et al (2018), a necessidade de ampliar o conhecimento acerca dos métodos de pesquisa capazes de analisar práticas sociais considerando a complexidade dos fenômenos saúde-doença que nasceu o método metodológico de ARS, constituído com base em uma modelagem matemática para análises, com inferência estatística entre variáveis, além da visualização gráfica das redes, permitindo visualização das estruturas de relações de forma rápida e objetiva.

As ARS se constituem em uma metodologia com potencial para colaborar na explicitação das relações, trocas, reciprocidades, interesses e importância dos atores sociais nos cenários institucionais e não-institucionais que integram o campo da atenção à saúde (ANDRADE; DAVID, 2015; DAVID, 2017; DAVID et al., 2018).

Segundo Griffiths, et al., (2012), as informações obtidas /produzidas nestas RS fornecem subsídios para promover apoio diagnóstico, autogestão, acompanhamento no

tratamento para os usuários, além do auxílio no planejamento e prestação de cuidado de saúde para a comunidade.

Portanto que nos leva a colocação de Marteleto (2010) “à literatura existente em diversas áreas da ciência e pesquisa sobre RS, demonstram contribuíram e contribuem para uma inovação no entendimento acerca da sociedade ao analisar as relações e interações”.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. As pesquisas descritivas, por sua vez, têm por objetivo descrever criteriosamente os fatos e fenômenos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (DURAN; TOLEDO, 2011; MINAYO, 2008; TRIVIÑOS, 2008).

Já o estudo exploratório conforme Gil (2011) e Queiroz (1992), tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto em que se insere construindo assim, a familiarização do pesquisador com o objeto que está sendo investigado.

Na abordagem quantitativa em seguida foi empregada a metodologia de ARS. Optou-se pela análise das redes sociais com enfoque sociocêntrico, pois se propôs ao estudo dos elos existentes entre os profissionais e as pessoas tratadas pela HD envolvidos no atendimento aos casos de DRC em tratamento dialítico (MINAYO; SANCHES, 1993).

A ARS visa mapear as interações entre atores, dando ênfase para as medidas e fluxos de informações entre eles (MARTELETO, 2007). A análise de redes permite “mensurar os modelos de relacionamento, bem como as inter-relações dos atores em configuração de rede, com base em seus contatos” (MARTELETO; TOMAEL, 2005).

Neste segmento quantitativo, os achados foram analisados sendo utilizados os softwares Ucinet© (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002) e Netdraw©, com o objetivo de gerar medidas de centralidade e composição do sociograma.

No âmbito da ARS, a abordagem quantitativa foca os padrões de relacionamentos, ressalta a objetividade das relações e possibilita o mapeamento do fluxo da informação, bem como, os padrões de comunicação.

A análise de redes estabelece um novo modelo nas pesquisas sobre a estrutura social, tornando-se o meio para realizar uma análise estrutural cujo objetivo é mostrar a formação desta a partir dos fenômenos abordados (MARTELETO, 2001).

Na abordagem qualitativa, retrata de forma mais precisa as investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2008, p. 57).

Segundo Costa (2016), a perspectiva exige uma abordagem que considere os indivíduos em seu contexto local e as práticas de saúde como resultados das condições sociais e institucionais nas quais estão inseridos.

A abordagem qualitativa, possibilita investigar as aspirações, atitudes, crenças, valores e os reflexos que os padrões de relacionamento produzem no contexto em que se desenvolvem (TOMAÉL, MARTELETO, 2013).

Flick et al., (2000) afirmam que a pesquisa qualitativa entende a realidade social como construção e atribuição social de significados, enfatiza o caráter processual e a reflexão e considera relevantes as condições objetivas de vida por meio de significados subjetivos.

2.1 Campo de Pesquisa

A pesquisa tem como cenário um hospital público universitário do estado do Rio de Janeiro. Este cenário foi escolhido por ser um hospital de ensino, portanto formador de pensamento que sustenta práticas, é uma unidade hospitalar de referência para assistência aos clientes do SUS de um modo geral, pois possui uma estrutura organizacional de atendimento muito bem estruturada e por estar mais acessível uma vez que faz parte da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Dentro desse cenário macro, foi delimitado o microcenário que é o setor de nefrologia que abrange desde tratamento conservador, passando por diálise peritoneal, hemodiálise e transplante e para fechar ainda mais a composição do estudo foi elencado o serviço de hemodiálise para pacientes que realizam tratamento através desta terapia, as sessões duram quatro horas e cada paciente é submetido a três sessões por semana.

O salão de hemodiálise é um serviço altamente especializado, e é composto por 08 pontos de água ultrapura como determina o Sistema de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise, nos quais são conectadas o equivalente em máquinas, seu funcionamento se dá de segunda a sábado atendendo aos clientes com acometimentos renais, a organização do atendimento é dividida em duas “escalas”: dos clientes que são atendidos às segundas, quartas e sextas e dos clientes que são atendidos às terças, quintas e sábados, tendo três turnos e dependendo da demanda de serviço, podendo ser aberto até o quarto turno.

No primeiro turno são pacientes do programa, ou seja, fixos do hospital, no segundo turno pacientes que iniciam diálise no hospital e que estão aguardando sua regulação sair para

uma clínica perto da sua residência ou serem remanejados para o primeiro, já os do terceiro e quarto turno são pacientes que estão internados e são direcionados ao salão para fazer sua terapia.

No domingo o salão funciona somente para urgências dialíticas, manutenção e limpeza terminal. O corpo de funcionários que compõe o serviço conta desde auxiliares de serviços gerais, passando pelo corpo de enfermagem (incluindo os residentes) e médicos *staffs* do setor de nefrologia. Sob o mesmo ponto de vista, contamos com o suporte dos serviços de psicologia, nutrição e serviço social, os vínculos trabalhistas destes profissionais são estatutários, contratados e residentes.

A dinâmica do setor conta com 01 enfermeiro, 01 médico e 03 técnicos por plantão e os residentes de enfermagem, sendo que 02 desses técnicos permanecem em tempo integral no salão de hemodiálise, enquanto 01 técnico realiza o serviço de diálise externa em outras unidades do hospital.

Durante a jornada de trabalho que equivale 12 horas, a equipe de enfermagem é responsável por inúmeras tarefas junto aos pacientes, pesagem do paciente antes do início e após o fim da sessão, iniciar e terminar a sessão e nisto inclui-se conexão e desconexão, punção de FAV, curativos de cateteres, orientações, administração de medicamentos, escuta ativa, e os cuidados rotineiros e das intercorrências.

Os auxiliares de serviço geral, realizam limpeza concorrente entre os turnos, organizam o salão e preparam as cadeiras dos pacientes. O interesse pela hemodiálise foi devido à experiência enquanto enfermeira residente de nefrologia neste hospital vivenciando as relações que se entrelaçam entre equipe e clientes permitindo profundas reflexões acerca da situação problematizada, onde a dinâmica que orienta o processo de trabalho da hemodiálise, ela é a expressão mais dura do modelo biomédico, é também a expressão mais dura da fragmentação do cuidado, então dentro desta expressão dura de fragmentação do cuidado é como que exercido o procedimento de diálise. Devido a característica do serviço de hemodiálise talvez se justifiquem as dificuldades e fragilidades na criação de vínculos.

2.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas acometidas pela DRC em fase terminal, tratadas através da hemodiálise, além dos profissionais responsáveis pela oferta do tratamento às

mesmas. Em relação ao primeiro grupo, pessoas sob tratamento na instituição, foram selecionados aqueles que fazem o tratamento no turno de terça, quinta e sábado, totalizando 13 pessoas oriundas x três turnos de terapia.

Já os sujeitos da pesquisa e que pertencem a equipe multidisciplinar desta unidade atuam em escala de serviço diferentes, a enfermagem com carga horaria de 30 horas semanais e na sua maior parte tem uma escala de 12h x 60, os diaristas essa carga horaria é dividida em manhã e tarde, os residentes são diaristas, a carga horaria da equipe médica são contratos por 40 horas e ai tem contratos com 20h e 40 horas, já a nutrição, serviço social e psicologia atuam com contratos de 40 horas, estes profissionais são exclusivos do hospital e dão suporte ao serviço de nefrologia. Foram selecionados 17 profissionais do serviço de nefrologia, dentre eles 5 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 1 médico, 1 nutricionista, 1 psicóloga e 1 assistente social.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foi, grupo de usuários do serviço foram pacientes acima de um ano de tratamento e maiores de 18 anos. Critérios de inclusão para Profissionais de saúde foi ser efetivos com no mínimo 2 anos de atuação no setor e que concordem em participar. E como critério de exclusão para usuários do serviço foi clientes que foram submetidos ao transplante, clientes em tratamento conservador, clientes em diálise peritoneal ou que por algum motivo esteja impossibilitado de participar da pesquisa e critérios de exclusão de profissionais de saúde foi estar de férias ou afastados do setor por qual motivo for.

2.3 Coleta de Dados

Os dados foram extraídos através de uma entrevista individual em campo, realizada em dezembro de 2019 utilizando um roteiro semiestruturada (APÊNDICE B) elaborado pela autora com o propósito de ser um subsídio para a análise diagnóstica das redes sociais de pessoas tratadas pela HD e profissionais de saúde mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para Gil (2011), a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado, formulando perguntas com o objetivo de obtenção de dados que interessam à pesquisa. Onde pode ter interação social com os entrevistados em busca da coleta de dados e como fonte de informação.

A elaboração do instrumento foi confeccionada sob os parâmetros propostos: caracterização da amostra e perguntas relacionadas a relação construída durante o processo de tratamento da DRC entre clientes e profissionais da saúde.

A entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas e permite ao pesquisador discorrer sobre a temática sem se limitar ao roteiro (MINAYO, 2012). Funciona como uma forma de coleta de dados diagnósticos e orientação, possuindo a vantagem de obtenção de dados referentes a uma diversidade de aspectos da vida social e do comportamento do ser humano (SIMÕES; GARCÍA, 2014, p.105).

Antes de ir a campo para realizar as entrevistas, solicitou-se o consentimento da chefia de serviço, da gerência de enfermagem e a direção do hospital, estando assim respaldada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição na qual se desenvolveu este estudo (ANEXO A).

Apesar de as entrevistas não terem sido pré-agendadas com os atores, as abordagens foram realizadas no momento mais oportuno, havendo sensibilidade e bom senso na escolha desses momentos, por ambas as partes, de modo a não prejudicar as ações de cuidado aos clientes durante a sessão de hemodiálise e a favorecer a atenção e disponibilidade.

A escolha do ambiente para a gravação das entrevistas também se fez presente neste estudo, no qual foram priorizados o maior silêncio e a menor interferência possível de pessoas, fatores externos e prejudiciais à melhor audição do material.

Preocupou-se em favorecer o bem-estar dos atores, diante do uso do gravador, haja vista que tal equipamento pode provocar constrangimento e inibição, prejudicando, assim, a coleta dos dados.

2.4 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram inseridos no Excel e no Word com a finalidade de analisar o material obtido no trabalho de campo, descrevendo e analisando as configurações das redes sociais de clientes renais crônicos e profissionais de saúde.

No seguimento quantitativo, a análise se deu através da metodologia de ARS. Com os dados, foi possível mensurar, analisar e retratar a posição dos atores para, posteriormente, compreender a rede, seus nós e suas relações (ANDRADE; DAVID, 2015).

Para o aprofundamento da análise das redes sociais, após as respostas em que os participantes citaram os profissionais que mais ajudavam na adesão aos cuidados, os achados

foram inseridos em uma planilha utilizando Excel, após, foi desenvolvida uma matriz utilizando esta planilha diretamente *no software* Ucinet©.

O Ucinet© oferece recursos para métodos descritivos e visuais que permitem a constatação de grupos coesos (cliques) e regiões (componentes, cores), para análises de centralidade, de redes a partir dos nós, dentre outras categorizações; permitindo assim avaliar as medidas de densidade da rede, graus de centralidade e intermediação, uma vez que esse método oferece métricas para análise de redes (ANDRADE; DAVID, 2015; BASTIAN et al., 2009).

A partir da matriz salva no Ucinet©, foi utilizado o *software* Netdraw©, para gerar as medidas de centralidade e sua extensão de representação gráfica, e o sociograma; o que permitirá o desenho estrutural da rede, com seus elos e ligações (DAVID. et al., 2018).

Chama-se sociograma a representação da RS em forma gráfica, incidindo em um tipo de retrato de como os atores sociais se relacionam e se agrupam. A representação se faz por pontos e linhas; os pontos representando os elos, “nós” (atores). As linhas (arestas) representam a ligação entre os nós da rede (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

É possível calcular o número de relações possíveis (RP) na rede social sem a utilização de um software, por meio da multiplicação do número total de nós (NTN) pelo número total de nós menos 1 (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

$$RP = NTP \times (NTP - 1)$$

Contudo a medida de densidade de uma rede acaba por expressar o número de relações existentes dentre relações possíveis para que possamos demonstrar a alta ou baixa conectividade de uma rede. Onde calculamos Densidade (D) dividindo-se o número de relações existentes (RE) pelo total de relações possíveis (RP) e multiplicado por 100 (ALEJANDRO; NORMAN, 2005).

$$D = RE \div RP \times 100$$

O sociograma permite a identificação dos atores, possibilitando visualizar quais são os sujeitos mais centrais, bem como os mais periféricos quando aplicada alguma medida de centralidade, o que deixa evidenciar os papéis de cada um na rede, sendo assim, uma ferramenta essencial para analisar, compreender e explorar as interações sociais que podem ser aplicadas a diversas áreas de estudo (FONSECA, 2017).

Para realizar a análise dos dados no seguimento qualitativo, as gravações obtidas nas entrevistas foram ouvidas atentamente, transcritas na íntegra e posteriormente digitadas. Após essa etapa, foi empregada a análise de conteúdo, na qual primeiramente se realizou uma leitura flutuante exaustiva do texto, que permitiu a construção de hipóteses sempre provisórias acerca do objeto estudado (MINAYO, 2008; OLIVEIRA, 2016).

Posteriormente, a identificação das unidades de registro, subcategorias e categorias referentes ao texto. Sendo assim, o tipo de análise que se utilizou neste estudo foi a do tipo temática, onde a descoberta de núcleos de sentido que são composições da comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante ao estudo.

A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2008).

A análise temática segundo Bardin (2011) passa por três regras lógicas que são: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Regras estas que podem ser percebidas ao longo de um processo de preparação, de elaboração e de relato de resultados. Onde também são citadas seis técnicas de análise de conteúdo: análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise de expressões, análise das relações e análise de discurso.

A pré-análise ocorre quando são definidos os materiais a serem analisados, as hipóteses, objetivos desenhados e indicadores de critério para análise, ou seja, sistematização das ideias. Na fase de exploração do material trata-se da transformação de dados não lapidados em uma informação traduzida. Já na fase de tratamento de resultados onde é evidenciado as informações trabalhadas até o momento através de operações simples ou complexas (BARDIN, 2011).

Ao entrar em pré-análise, identifiquei questões positivas e negativas em falas de profissionais de saúde quanto de clientes renais crônicos e algumas repetições muito evidentes que foram agrupadas em categorias.

Ao explorar o material, foi identificado e codificado adequadamente as Unidades de Registro (UR), totalizando 340, selecionadas como parágrafos inteiros e que nos levavam à ideia principal do objeto de estudo.

Na fase de tratamento de dados as 340 UR foram exaustivamente estudadas, agrupadas em temas e a partir de então gerou-se as 5 categorias. Para criação dos temas foi realizado

através de similaridade, porém prevalecendo a especificidade conforme é descrito por Oliveira (2008).

Ao final as categorias que emergiram seguindo as três regras de Bardin (2011), foram:

- a) 1ª Categoria: a percepção dos profissionais de saúde em relação a rede social construída entre os clientes;
- b) 2ª Categoria: as características de integração dos clientes na rede de serviço na ótica dos profissionais;
- c) 3ª Categoria: a construção de relações sociais entre clientes que permeia o ambiente intra e extra hospitalar;
- d) 4ª Categoria: a criação de vínculo e longitudinalidade no cuidado entre clientes e profissionais;
- e) 5ª Categoria: percepção do paciente frente ao papel do profissional quanto ao cuidado e educação em saúde.

Assim a análise dos dados será apresentada em duas etapas: a primeira consistirá na descrição dos participantes entrevistados e a outra apresentação será a análise de RS dos clientes renais crônicos e profissionais de saúde, seguida da análise de conteúdo temático categorial.

2.5 Aspectos Éticos

O estudo foi preconizado na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012 e na Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016, ou seja, o projeto de pesquisa foi previamente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, mediante carta de anuência e autorizado e assinado pela direção do hospital, sob o parecer de número CAAE 26288519.4.0000.5259 e parecer 3.766.472 (ANEXO A).

Respeitando todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, os participantes foram informados sobre o caráter voluntário de participação na pesquisa e quanto aos objetivos e assinatura do TCLE (APÊNDICE A), que continham as explicações dos objetivos do estudo, do procedimento de coleta e divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de outras informações importantes que asseguram a ética em pesquisa com seres humanos.

Esta pesquisa ofereceu riscos mínimos aos participantes como: desconforto emocional, constrangimento, choro e medo. Porém, caso tivesse ocorrido teria sido disponibilizado apoio emocional pelo pesquisador do trabalho e encaminhado ao serviço de psicologia. Todas as dúvidas com relação à pesquisa foram esclarecidas acerca do desenvolvimento do estudo e se na vigência deste tipo de ocorrência teriam sido adotados os seguintes procedimentos: se durante qualquer etapa da realização da pesquisa, for observado e/ou exposto insegurança e/ou desconforto do participante, o pesquisador iria interromper a abordagem e seria precedida por novos esclarecimentos acerca do estudo, na medida de sua compreensão e respeitando-se as singularidades dos participantes.

Em seguida foi solicitado ratificação quanto ao seu interesse ou não em continuar colaborando com o estudo, mediante esclarecimento de que essa desistência não acarretaria qualquer prejuízo ao mesmo em tempo algum.

Para minimizar desconfortos e/ou situações adversas a coleta de dados foi agendada com os participantes segundo suas disponibilidades, os mesmos foram esclarecidos que na análise de dados serão respeitados seus valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, hábitos e costumes; bem como seu anonimato preservado, com a utilização de codificadores alfanuméricos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização sociodemográficas dos clientes

A Tabela 1 mostra as principais características sociodemográficas da população de clientes estudados. Foi observado 7 (54%) clientes do sexo masculino, com média de 48 anos de idade, 11 (85%) são aposentados, 8 (62%) possuem renda entre 1 a 2 salários-mínimos, 11 (85%) não possui vínculo empregatício, 7 (54%) se descrevem da raça parda, 7 (54%) possuem o ensino médio completo, 5 (38%) são casados e têm média de 6 anos de diálise.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos clientes atendidos com doença renal crônica em um hospital universitário público estadual do Rio de Janeiro, 2020 (continua)

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	7	53,8
Feminino	6	46,2
Faixa Etária		
18 a 30 anos	4	30,8
31 a 45 anos	2	15,3
46 a 60 anos	3	23,1
Mais de 60 anos	4	30,8
Ocupação		
Aposentado	11	84,6
Comerciante	1	7,7
Cozinheiro	1	7,7
Renda		
1 a 2 salários mínimos	8	61,5
3 a 4 salários mínimos	4	30,8
5 ou mais salários mínimos	1	7,7
Vínculo Empregatício		
Não	11	84,6
Sim	2	15,4

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos clientes atendidos com doença renal crônica em um hospital universitário público estadual do Rio de Janeiro, 2020 (conclusão)

Raça/Cor		
Parda	7	53,8
Preta	3	23,1
Branca	3	23,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	1	7,7
Ensino Médio Incompleto	2	15,4
Ensino Médio Completo	7	53,8
Ensino Superior Incompleto	2	15,4
Ensino Superior Completo	1	7,7
Situação Conjugal		
Casado	5	38,4
Divorciado	2	15,4
Viúvo	2	15,4
Solteiro	4	30,8
Tempo de Tratamento		
1 a 5 anos	6	46,2
6 a 10 anos	7	53,8

Fonte: A autora, 2020.

3.1.1 Caracterização sociodemográficas de clientes em hemodiálise

Os resultados obtidos no estudo demonstram uma concentração de (53,8%) de homens, na faixa etária entre 18 e 30 anos ou acima de 60 anos. Segundo Menezes et al., (2020), na década 2009-2018, onde foi realizado o Censo Brasileiro de Diálise demonstrou uma população majoritariamente masculina (58%) em fase adulta que segundo o estudo pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida da população em um modo geral. Diversos estudos desenvolvidos com pessoas que realizam hemodiálise no Brasil também referem este predomínio do sexo masculino em fase adulta (JESUS, 2019; MARINHO, 2017; MOREIRA; BORGES, 2020).

Relacionando o aumento da expectativa de vida de clientes hemodialíticos pode-se explicar quanto o manejo clínico em realizar um diagnóstico precoce, fazendo com que o cliente tenha melhor qualidade de vida (JESUS, 2019) e assim possa tratar o quanto antes, aumentando assim relação com idades entre 18 e mais de 60 anos de idade. E este diagnóstico irá ocorrer precocemente diante da suspeita do profissional médico em determinar a TFG com a maior brevidade possível e isso se dá através da avaliação de substâncias como ureia e creatinina sérica (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Com relação à raça, observou-se um maior número de pessoas que se autodeclararam pardas (53,8%). Estes dados corroboram com o estudo de Santana et al (2019), o qual sinaliza um aumento significativo na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados como pardos em relação aos demais indivíduos (BOUSQUET-SANTOS; COSTA; ANDRADE, 2019; MELO, 2019).

Com relação a ocupação dos clientes em hemodiálise pudemos identificar que (84,6%) estão aposentados pois é uma prerrogativa do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS, 2015) em seu artigo 523, item 2, onde inclui-se a nefropatia grave e pode ser observado em estudos que tem como população os clientes renais crônicos hemodialítico (CARVALHO, 2020; PRETTO, 2020a; SILVA; MATTOS, 2019).

Na sequência, discorreu-se sobre o nível de escolaridade dos clientes entrevistados, onde (53,8%) possuem o ensino médio completo que vai ao encontro com o que nos diz Rocha e Figueiredo (2019) que é necessário que os clientes tenham condições de entender, significar e aplicar as instruções que recebem, sendo corroborado com Rocha e Pinho (2019).

Contudo, em relação ao tratamento hemodialítico, alinhar estudos, com o tempo de tratamento obtido neste estudo de 6 a 10 anos (53,8%) e de 1 a 5 anos (46,2%), que não houve grande distribuição percentual e foi onde observamos ser um ponto atípico, pois estudo como de Santana et al (2019), apontam tempo de tratamento hemodialítico variando entre 3 e 4 anos.

Quanto à situação conjugal, a distribuição percentual também não variou em grandes proporções, porém, ainda é mais evidente o número de pessoas casadas (38,4%), e isto nos aponta que “em pesquisa qualitativa sobre a percepção do conforto em clientes de hemodiálise foi evidenciado que existem efeitos positivos decorrentes da presença de cônjuge, familiares e amigos” (MELO et al.,2019).

3.2 Caracterização sociodemográfica dos profissionais

A Tabela 2 mostra as principais características sociodemográficas da população de profissionais estudados. Nesta amostragem foi identificado a predominância de profissionais do sexo feminino com um total de 12 (71%) pessoas, \pm de 41 anos, com tempo de atividade profissional \pm de 17 anos, onde 11 (65%) deles possuem pós-graduação, 12 (71%) são estatutários do governo do estado, 9 (53%) profissionais possuem outro vínculo empregatício e 12 (71%) tem renda mensal acima de 5 (cinco) salários-mínimos.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos participantes constituídos por profissionais de saúde de um hospital universitário público estadual do Rio de Janeiro, 2020 (continua).

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	5	29,4
Feminino	12	70,6
Faixa Etária		
18 a 30 anos	4	23,5
31 a 45 anos	7	41,2
46 a 60 anos	6	35,3
Tempo de atividade profissional		
1 a 10 anos	8	47,1
11 a 20 anos	2	11,8
21 a 30 anos	4	23,5
31 a 40 anos	3	17,6
Pós-Graduado		
Sim	11	64,7
Não	6	35,3
Tipo de Vínculo Empregatício		
Estatutário	12	70,6
Contrato	1	5,9
Residente	4	23,5

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos participantes constituídos por profissionais de saúde de um hospital universitário público estadual do Rio de Janeiro, 2020 (conclusão).

Possui Outro Vínculo		
Sim	9	52,9
Não	8	47,1
Renda Mensal		
3 a 4 salários mínimos	12	70,6
5 ou mais salários mínimos	5	29,4

Fonte: A autora, 2020.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica dos profissionais do setor de hemodiálise

Os resultados obtidos no estudo demonstram uma concentração de (70,6%) de mulheres, na faixa etária entre 31 e 45 anos (41,2%) com tempo de serviço de 1 a 10 anos (47,1%), com especialização 11 profissionais (64,7%), possuindo outro vínculo empregatício 9 (52,9%) (FERRAZ et al.,2017; GONÇALVES et al.,2009).

O cenário dos serviços de saúde, tanto no serviço privado quanto no público tem o sexo feminino como predominância (MACHADO et al.,2017; WERMELINGER et al.,2010). A questão da faixa etária também pode ser percebida no trabalho de Machado et al (2017). A maioria desses profissionais nesse ramo tem uma fidelização quando falamos de tempo de trabalho, na sua maioria uma média de anos de 1 a 10 anos, talvez por não termos muitos serviços oferecidos para a clientela com doença renal crônica isso se justifica (MACHADO et al.,2017). Os mais dados dos profissionais de saúde não serão discutidos uma vez não ser o foco do trabalho.

3.3 **Redes Sociais**

Serão apresentados a seguir sociogramas consolidados a partir dos dados obtidos nas entrevistas com os profissionais de saúde e clientes renais crônicos de um serviço de hemodiálise de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro com base na pergunta disparo a respeito dos cinco profissionais que mais ajudam na adesão ao cuidado, essa mesma

pergunta foi feita para profissionais e clientes. Foram avaliados individualmente os dados das duas redes com conformação geral de ambas.

As siglas utilizadas a partir daqui para identificação são: E clientes foi utilizado o *shape* (forma) *up triangle* (triângulo) na cor verde, TÉC para técnicos de enfermagem foi utilizado o *shape* (forma) *diamond* (diamante) na cor amarela, ENF para enfermeiros foi utilizado o *shape* (forma) *circle* (círculo) na cor azul, MÉD para médicos foi utilizado o *shape* (forma) *square* (quadrado) na cor laranja, SERV. SOC. para serviço social foi utilizado o *shape* (forma) *plus* (+) na cor preto, PSI para psicologia foi utilizado o *shape* (forma) *down triangle* (triângulo invertido) na cor rosa, NUTRI para nutrição foi utilizado o *shape* (forma) *box* (quadrado com sinal de + interno) na cor verde e aqueles que apresentarem um ” * “ ao lado da sigla, significa que o profissional foi citado, porém não foi entrevistado.

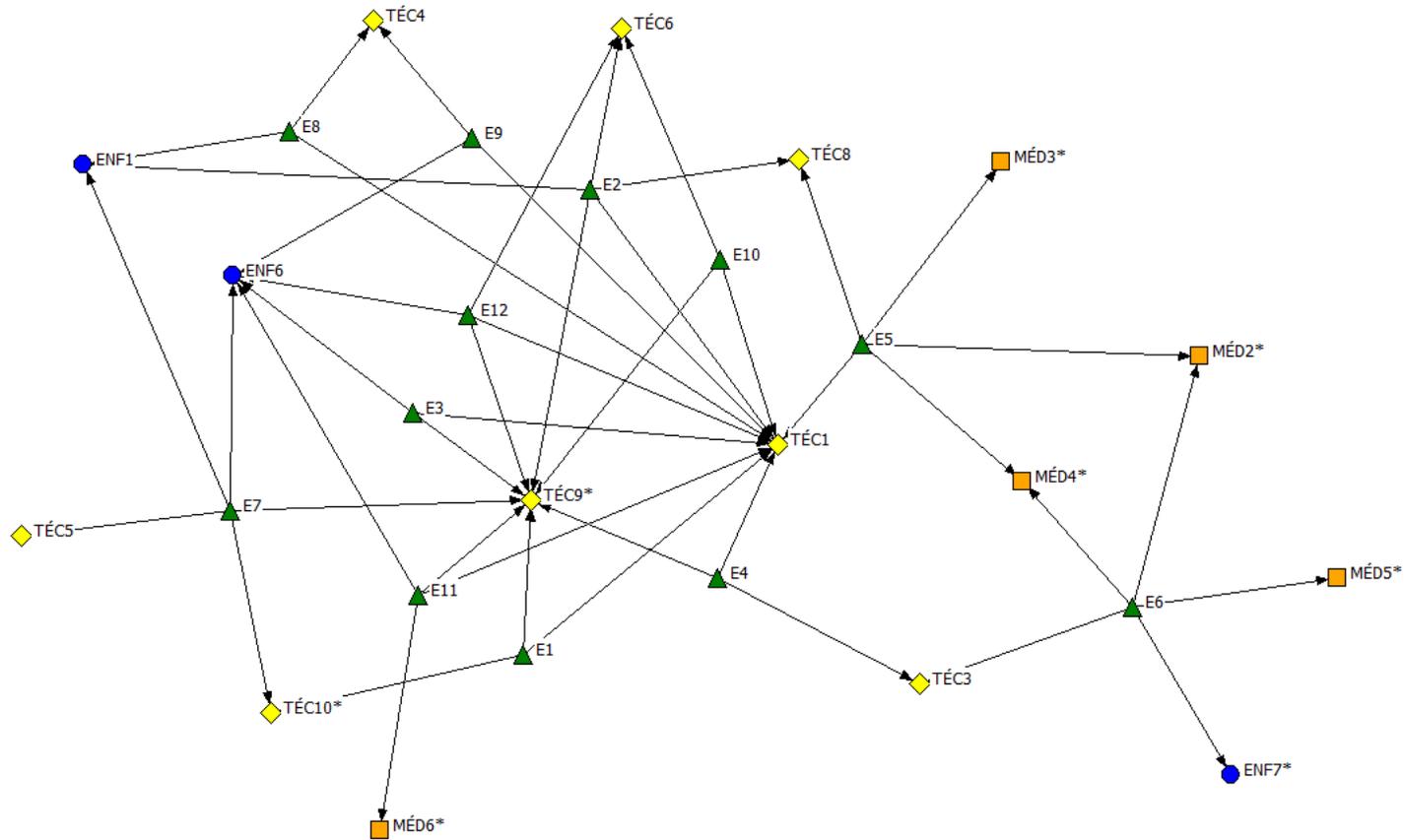
3.3.1 Análise estrutural da rede (clientes)

A partir desse item inicia-se a discussão acerca das RS encontradas durante a pesquisa. Cabe ressaltar que RS nesta pesquisa corresponde ao vínculo existente entre os atores e sua influência no enfrentamento das demandas decorrentes da natureza do tratamento.

Neste primeiro sociograma a pergunta de disparo foi aplicada para os clientes, totalizando 13 entrevistados.

Abaixo, o sociograma de análise estrutural da rede clientes desta pesquisa (Gráfico 1):

Gráfico 1 – Rede social dos clientes. Rio de Janeiro, 2020.



NOTA: ENF – Enfermeiro; TÉC – Técnico de Enfermagem; MÉD – Médico; E – Paciente. Descrevendo minuciosamente: Para enfermeiros foi utilizado o *shape* (forma) *circle* (círculo) na cor Azul; para técnico de enfermagem foi utilizado o *shape* (forma) *diamond* (diamante) na cor Amarela; para médico foi utilizado o *shape* (forma) *square* (quadrado) na cor Laranja e para os pacientes foi utilizado o *shape* (forma) *up triangle* (triângulo para cima) na cor Verde.
 Fonte: a autora, 2020.

Neste primeiro sociograma a pergunta de disparo foi aplicada para os clientes, totalizando 13 entrevistados, os clientes citaram até 5 profissionais que mais lhe ajudam na adesão ao cuidado, um dado importante é que nem todos os citados foram entrevistados, os não entrevistados têm uns asteriscos para facilitar na interpretação dos dados.

A rede de clientes *versus* profissionais possui 29 nós, 45 arestas de 812 RP, 46 RE, com densidade de 5,7%. A densidade avalia a ligação dos nós dentro de uma rede e assim percebemos que pelo valor, é possível inferir que a densidade da rede é baixa ou, de acordo com a ARS, que a rede tem conexão frágil. Para exemplificar melhor, se traçarmos um comparativo de que uma alta densidade em seu limite máximo de 100% fossem sem atores, os 5% encontrados aqui seriam respectivamente 5 atores (FONSECA, 2017).

Na ARS as pessoas com relacionamentos mais distantes, possuem ligações fracas e estão envolvidas em menor grau. Tais ligações fracas são as responsáveis pela baixa densidade em uma rede, onde muitas possibilidades de relacionamentos estão ausentes (SILVA, 2019).

Assim, nem todos os atores da rede estão em contato direto uns com os outros, trocando informação ou qualquer tipo de recurso, o que torna a rede pouco coesa. As redes mais conectadas, por sua vez, possuem muitas ligações e, quanto maior for a medida de densidade, maior a coesão do grupo (BEZ et al.,2010).

As relações entre os membros da equipe exercem influência na resolubilidade das práticas de saúde (SCOTT et al.,2005). Nesse sentido, Lucena et al (2019) afirmam que as RS tecidas entre usuários e profissionais de saúde, pode significar e representar uma maior adesão às atividades coletivas de promoção da saúde, e um fortalecimento das práticas ofertadas ou desenvolvidas no território de saúde, induzindo uma apropriação política das relações comunitárias para a formação de novas redes sociais ou para o incremento da participação nas redes já existentes.

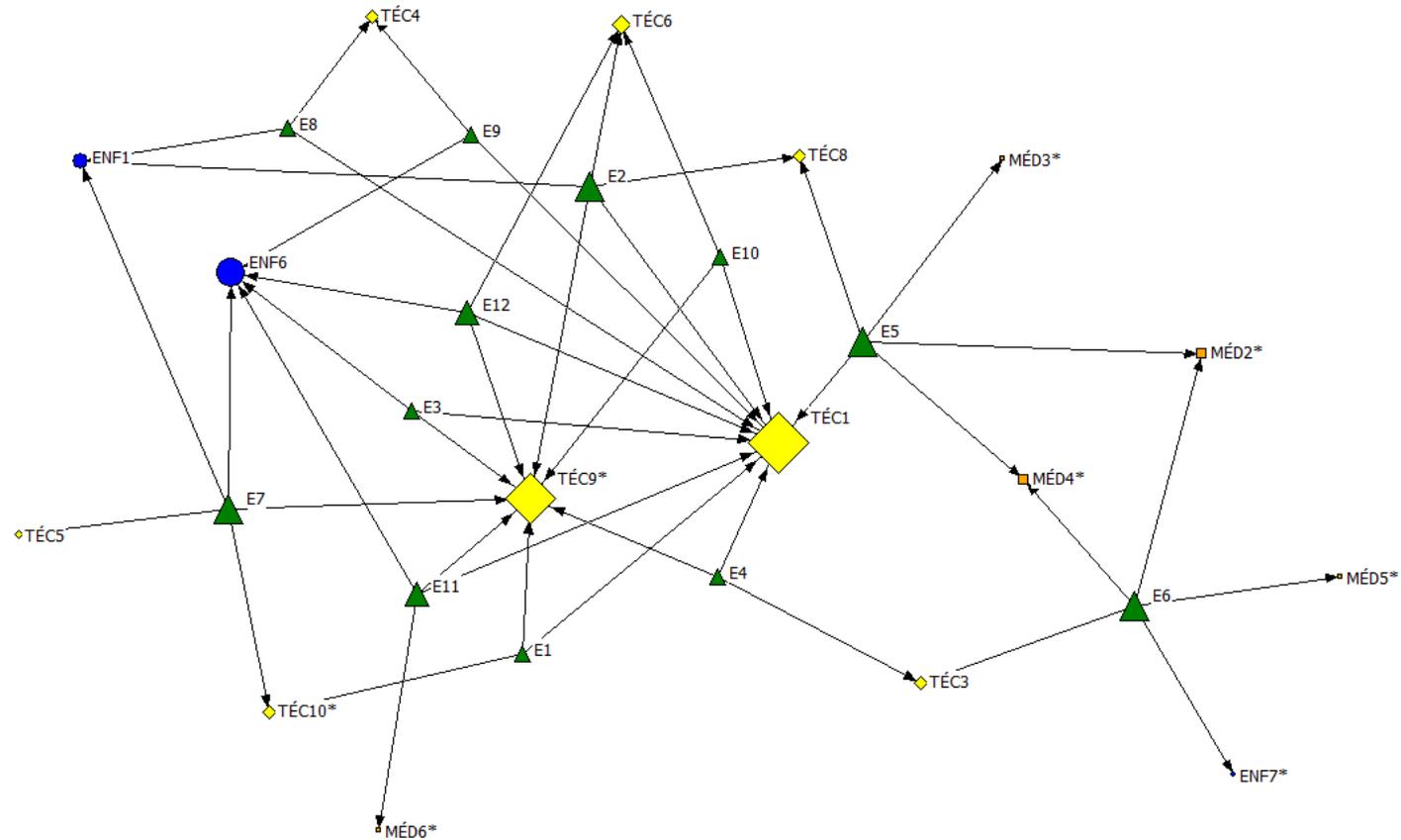
Assim o cuidado é um processo que acontece através do diálogo entre os atores dos serviços de saúde. Baseia-se na comunicação e estabelece elementos que podem evidenciar códigos, valores, símbolos e normas (LIMA et al.,2013). Deve ser dividido por todos os profissionais de saúde, que podem acolher, escutar, interessar-se e ajudar para a criação de vínculos de confiança (FEUERWERKER, 2014).

3.3.2 Análise de centralidade de grau (clientes)

A centralidade é definida pelo número de contatos diretos que um ator possui com os demais elos da rede, este sendo um canal direto de informação (ALEJANDRO; NORMAN, 2005; MARTELETO; TOMAÉL, 2005).

Abaixo, o sociograma referente a centralidade de grau desta rede (Gráfico 2):

Gráfico 2 – Rede social dos clientes tratados por hemodiálise: centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2020.



NOTA: ENF – Enfermeiro; TÉC – Técnico de Enfermagem; MÉD – Médico; E – Paciente. Descrevendo minuciosamente: Para enfermeiros foi utilizado o *shape* (forma) *circle* (círculo) na cor Azul; para técnico de enfermagem foi utilizado o *shape* (forma) *diamond* (diamante) na cor Amarela; para médico foi utilizado o *shape* (forma) *square* (quadrado) na cor Laranja e para os pacientes foi utilizado o *shape* (forma) *up triangle* (triângulo para cima) na cor Verde.

Fonte:

a

autora,

2020.

Os atores com alta centralidade de grau são aqueles que aparecem com maior número de contatos diretos com clientes renais crônicos, são os que aparecem no Gráfico 2 com maior tamanho em relação aos demais nós da rede. Nesta rede destaca-se as devidas importâncias assistenciais aos atores técnicos de enfermagem e enfermeiros, podendo relacionar ao acompanhamento, atenção e o modo de agir durante as sessões de hemodiálise.

Percebemos que alguns técnicos de enfermagem e médicos possuem seus graus de centralidade atribuídos às falas durante as transcrições das entrevistas, e podemos correlacionar com o fator de quem mais presta assistência e a influência que exercem no seu tratamento uma vez que pode ser influenciado pela dinâmica de serviço.

Enquanto a análise da posição dos atores na rede percebemos que dois técnicos de enfermagem e um enfermeiro TÉC1, TÉC9* e ENF6, concentram o maior número de entrada de setas, o que mostra maior número de contato com os clientes detendo maior centralidade na rede, isso pode se dar por serem profissionais de maior escuta ativa uma vez que são os profissionais da enfermagem que estão mais próximos e por mais tempo durante as sessões de hemodiálise.

Tendo a dinâmica do serviço descrita, detalhamos que o corpo da enfermagem circula no salão a todo o tempo, realizando os cuidados diretos aos clientes que vai desde o controle do peso de início e saída da terapia, cálculo do peso interdialítico, aferição de sinais vitais, administração de medicamentos seja de rotina ou de intercorrências, realização de curativo, intervindo nas intercorrências, bem como também prestando aconselhamento e efetivando humanização a essa população, mas um fator importante também a ser considerado é a característica dos pacientes dos turnos que são diferentes.

A população de clientes do turno da manhã e da tarde são mais acordados, com maior interação com a equipe, demandando mais atenção dos profissionais. Entretanto, os clientes do terceiro turno em sua maioria são pacientes internados seja por intercorrências no percurso do tratamento, seja por urgência dialítica, seja por questões de doenças de base e que em sua maioria encontram-se mais debilitados e não tendem a interagir tanto.

O papel desses profissionais na rede é de orientação e com o poder de articulação que possuem, acabam sendo veículos de cuidado através de educação em saúde, visando ajudar no enfrentamento da doença/tratamento e assim minimizando as possíveis complicações, gerando menos ansiedade e maior proximidade, ou seja, estreitando relações, criando vínculos e consequentemente criando redes, mesmo em um cenário que foge ao padrão da atenção básica.

Nesta mesma rede identificamos a posição do TÉC5 totalmente isolado, sem ter laços com os outros indivíduos pertencentes a rede, isso nos faz questionar o porquê de tal localização dentro da rede, podemos então confrontar com a fala do próprio profissional na entrevista

(...)difícil ter essa relação social entre cliente e profissional, eu acho um meio das pessoas não trocarem os papéis e esquecer que você é um profissional (...)

Podemos perceber também que o serviço de psicologia não foi citado pelos clientes como atores que geram influência, que tenham alguma importância ou que tenham construído algum tipo de vínculo com cliente e assim contribuindo para uma melhor adesão ou quiçá até como rede de apoio. No salão de hemodiálise a psicologia dá suporte aos pacientes, atende por demanda o que pode justificar esse achado.

Categoria que atende a este serviço de diálise e uma vez que este atendimento está fragilizado qual o impacto disto para estes clientes, pois não ter todos os profissionais e suas categorias articulados na rede dificulta traçar planos de cuidados que perpassam o cuidado individualizado.

O profissional MÉD1, SERV. SOC, ENF2, ENF3 e ENF5 que foram entrevistados, não são citados e não entra no sociograma, vendo esta informação, recorreu às entrevistas e pôde-se perceber que em nenhum momento o profissional cita quando é perguntado sobre o seu papel no atendimento aos clientes é percebido e como que eles integram a rede social do serviço.

O profissional NUTRI 1 também não é citado e não entra no sociograma, a partir daí buscou-se entender o que acontece e recorreu novamente as entrevistas, sendo nesta situação há uma diferença dos profissionais supracitados, onde o profissional diz quando questionado se os clientes percebem o seu papel no atendimento prestado:

(...)até os próprios clientes tem mês que eu venho converso com eles e não sinto muito interesse deles e tem esse retorno assim, mas também quando não tem nenhum retorno eles ficam mais chateados.

O que causa estranheza, pois a fala do profissional vai ao encontro do que pode ser evidenciado e podemos questionar se realmente este serviço se faz ser entendido e procura de alguma forma integrar-se à rede social do cliente.

O profissional ENF4 não é citado e, também não compõem o sociograma, retornando as entrevistas percebo a seguinte fala da profissional:

Tem uns que tem o vínculo mais próximo mesmo, de amizade com a gente e outros veem só como se fosse nosso papel a mão de obra e só, que tem que fazer aquilo ali e pronto.

O que leva ao questionamento de que, se a fala contraditória entre ser percebida como parte integrante de uma rede social com a fala de que por outros ela é vista apenas como mão de obra.

O fato do profissional TÉC7 não ser citado e não compor o sociograma permeia por uma questão ambígua durante a sua entrevista, na qual foi falada em duas partes. Quando questionado como que os clientes a percebem em relação a sua assistência houve o seguinte comentário:

Bom meu papel é colocar o cliente na máquina, instalar ele na máquina, tomar conta enquanto eles dialisam(...).

Em contrapartida quando questionado como ela integra a rede social a seguinte fala emerge:

(...) devido ao tempo que eles ficam aqui se tratando 3 vezes na semana durante 4 horas, não tem como não criar um vínculo a maioria vem aqui e trata a gente como família mesmo”.

É questionável como estes profissionais realmente se fazem perceber e se fazem presentes a uma assistência holística que visa entender o cliente como um todo e integrar a rede social e por consequência a adesão deste cliente.

O TÉC2 também não é citado e nem entra no sociograma pois deixa claro que não possui nenhum tipo de relação com os clientes ao dizer:

(...) eu não posso responder porque eu não tenho esse vínculo com eles”

Será o seu papel enquanto profissional de saúde, meramente técnico? Ou seja, chega ao plantão, trabalha e vai embora, sendo característico do modelo biomédico.

Porquanto, observo que o cliente E13 não referenciou nenhum profissional de saúde não sendo visível sua participação no sociograma, para tanto recorro as entrevistas e deparo com a seguinte fala:

Olha, aqui já teve algumas pessoas que ajudavam, hoje em dia tá mais, as pessoas estão mais dispersas, não dá aquela atenção que dava entendeu? Mas não tem, outro jeito a gente vai levando.

Esse modelo biomédico ainda amplamente trabalhado em nosso país, onde o foco do trabalhador é no procedimento, no corpo é identificada uma queixa, na tentativa de transformá-la em um possível diagnóstico. Com isso, a queixa deixa de fazer parte da pessoa e se transforma em um sintoma, uma doença (MARQUES; LIMA, 2008).

O serviço de hemodiálise tem essa característica bastante presente por ser um serviço especializado que requer uma tecnologia dura, máquinas que fazem hoje a função renal, a técnica e os equipamentos tem a centralidade no trabalho em diálise, isso pode ser a explicação para este modelo encontrado, o que é um grande desafio ,encontrar estratégias de tornar esse cuidado hoje centralizado no procedimento em um cuidar individualizado onde possa desenvolver nos profissionais de saúde habilidade onde eles possam explorar o

ambiente e os sujeitos para um prática assistencial construída em cima de relações e com isso quebrar um pouco da mecanização deste cuidado.

Este modelo ainda é bastante presente nos serviços de saúde, é preciso mudar a ótica dos profissionais para uma prática assistencial com foco para o sujeito de forma complexa que abrange não só o aspecto biológico ou ausência de doença, mas também o bem-estar físico, mental, social. Para que assim possa se pensar no cuidado humanizado, ainda é preciso quebrar paradigmas quanto a esse modelo enraizado (WHO, 1946).

Sob a ótica da humanização fala-se de um cuidado que visa a integralidade do sujeito que implicará no seu acolhimento, na sua escuta, no vínculo e na relação estabelecida, visto a crescente complexidade do sistema de saúde e que deva dar mais ênfase na criação de ambientes menos alienantes que valorizem a dignidade do usuário (GOULART; CHIARI, 2010).

Na condição de assistência com humanização há problemas que dificultam esse processo, mas que também se trata do que cada profissional espera de sua profissão, onde que para alguns é apenas um dever a ser cumprido em contrapartida já aqueles que querem realmente fazer a diferença na vida do próximo (RIOS, 2009).

Estes clientes têm suas particularidades e suas dificuldades se tratando de uma doença crônica, que torna a vida deste indivíduo restritiva a muitos aspectos que compromete, além do aspecto físico, o psicológico, com repercussões pessoais, familiares e sociais.

Embora baseada em uma experiência ainda limitada, a nossa impressão é a de que o acompanhamento multidisciplinar, ao propiciar a identificação de problemas que vão muito além do aspecto médico do cliente, otimiza os cuidados de saúde no curso da DRC.

O acompanhamento por equipe interdisciplinar se justifica pela complexidade da DRC, que compreende diferentes facetas em seu tratamento e incorpora múltiplos campos de conhecimento, incluindo aspectos relacionados à condição clínica, nutricional, emocional e de adesão à terapia medicamentosa (SILVA et al.,2008).

Desse modo a multidisciplinaridade associado a integralidade do cuidado tem que emergir como condição fundamental por ser tratar de habilidades que exigem dos profissionais envolvidos com este público, atitude como disciplina, escuta ativa percepção e compreensão, empatia para a partir deste ponto traçar cuidados (SANTOS et al.,2019a).

Para esse tipo de cliente, é muito importante sentir-se amparado por uma equipe integrada. Sendo uma enfermidade com uma evolução longa, dolorosa e traumática, exige uma equipe interdisciplinar treinada para prestar assistência total e que priorize a

comunicação entre enfermeiros, nefrologistas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos (FREITAS; COSMO, 2010).

Chama atenção ainda a cliente E6, é possível extrair do sociograma a demanda de profissionais que está cliente procura, podemos levantar algumas questões que pode ser o motivo para tal necessidade. Na sua fala:

Eles cuidam, tiram dúvidas, me ensinam sobre a doença, muita coisa, eu mesmo fazendo diálise há 5 anos tem coisa que eu ainda estou descobrindo(...).

Essa fala demonstra a necessidade de conhecimento sobre a doença, essa cliente tem pouco tempo de TRS, isso pode levar a uma necessidade maior de conhecimento, como também mobiliza mais profissionais porque ainda não se estabeleceu seus vínculos.

No tocante a entrada do paciente em terapia hemodialítica, informações extremamente específicas inerentes ao tratamento devem ser fornecidas previamente e não no momento que o paciente já está em sala para realizar a terapia ou em urgência dialítica (LINS et al.,2018).

A orientação em linguagem adequada das diferentes complicações da DRC e suas possíveis consequências aumenta a aderência ao tratamento, a explicação ilustrada com réplicas de alimentos facilita o entendimento e motiva o seguimento dietético, a demonstração sobre as técnicas de aplicação de medicamentos diminui os erros de administração, o apoio psicológico ameniza o impacto da doença, a identificação e o aconselhamento sobre questões socioeconômicas constituem aspectos importantes, os quais, sem dúvida, podem ter impactos decisivos para uma melhor evolução da DRC (BASTOS et al.,2004).

Devemos destacar que o indivíduo deva ser orientado sobre a doença, o seu tratamento, riscos e benefícios associados a hemodiálise, bem como acessos vasculares, dietas, terapias medicamentosas e rigorosa adesão ao tratamento para que ele possa ter melhor qualidade de vida (SANTOS et al.,2011).

No Quadro 2, seguem as medidas de centralidade de grau dos atores desta rede, separando os graus, nesta pesquisa como os clientes relacionam-se apenas com profissionais e não entre si, apresentação de grau será somente grau de saída, tornando-se um viés.

Quadro 2 - Medidas de centralidade de grau (clientes). Rio de Janeiro, 2020 (continua)

ATORES	GRAU DE SAÍDA
E1	3
E2	5
E3	3

Quadro 2 - Medidas de centralidade de grau (clientes). Rio de Janeiro, 2020 (conclusão)

E4	3
E5	5
E6	5
E7	5
E8	3
E9	3
E10	3
E11	3
E12	4
E13	0

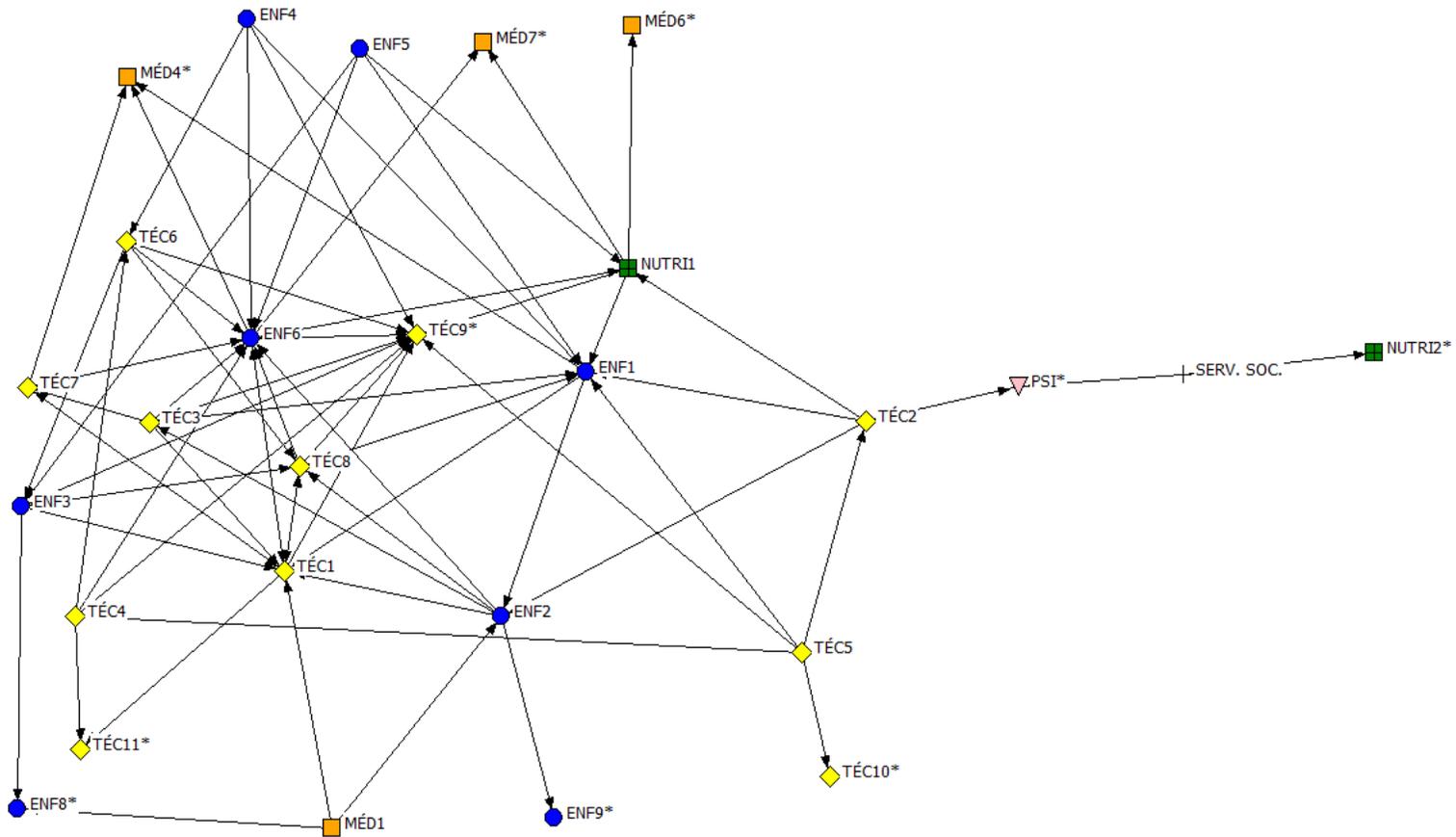
Fonte: A autora, 2020.

3.3.3 Análise estrutural da rede (profissionais)

A partir deste ponto inicia-se a discussão acerca das RS entre profissionais de saúde que foram encontradas durante a pesquisa, ou seja, o vínculo que há entre os atores e sua influência perante serviço de hemodiálise. Neste primeiro sociograma a pergunta de disparo foi aplicada aos profissionais que totalizam 17 atores.

Abaixo, o sociograma de análise estrutural da rede profissionais desta pesquisa (Gráfico 3):

Gráfico 3 – Rede social dos profissionais de saúde. Rio de Janeiro, 2020.



NOTA: ENF – Enfermeiro; TÉC – Técnico de Enfermagem; MÉD – Médico; SERV. SOC – Serviço Social; PSI – Psicologia; NUTRI - Nutrição. Descrevendo minuciosamente: Para enfermeiros foi utilizado o *shape* (forma) *circle* (círculo) na cor Azul; para técnico de enfermagem foi utilizado o *shape* (forma) *diamond* (diamante) na cor Amarela; para médicos foi utilizado o *shape* (forma) *square* (quadrado) na cor Laranja, para os profissionais de serviço social foi utilizado o *shape* (forma) *plus* (sinal de +) na cor Preta; psicologia foi utilizado o *shape* (forma) *down triangle* (triângulo invertido) na cor Rosa e Nutrição foi utilizado o *shape* (forma) *box* (caixa com sinal de + no interior) na cor Verde.

Fonte: A autora, 2020.

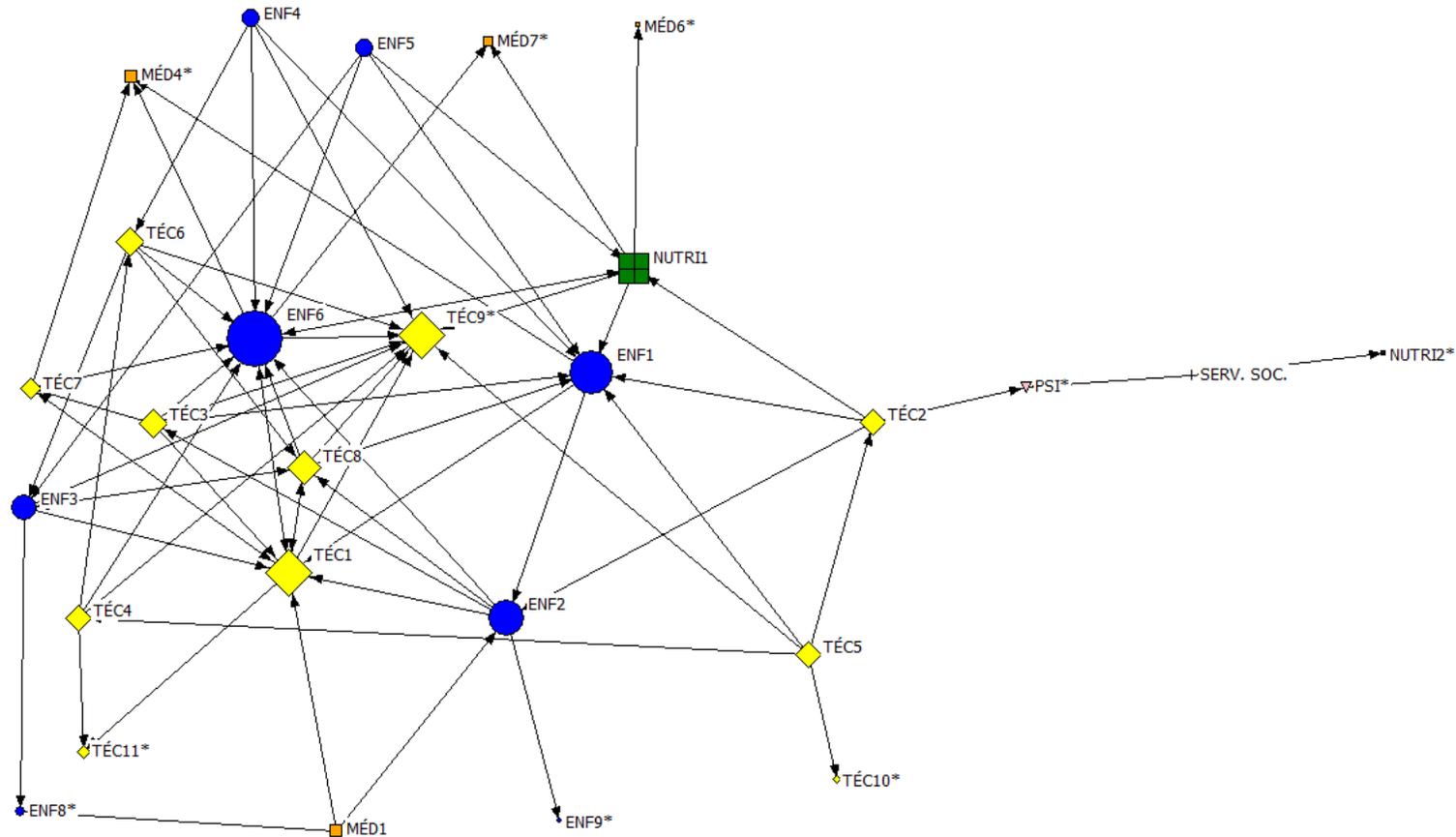
Neste terceiro sociograma a pergunta de disparo foi aplicada para os profissionais de saúde, cite até 5 profissionais que você acha que mais ajudam na adesão ao cuidado, totalizando 17 profissionais entrevistados. Neste sociograma nem todos os citados foram entrevistados, os que não foram entrevistados tem uns asteriscos para ajudar na interpretação dos dados.

As relações em redes de profissionais entre profissionais se configura de 27 nós, 70 arestas de 702 RP, 70 RE, com densidade de 10 %, mesmo essa rede tendo um valor maior de densidade em relação a outra, esta apresenta uma baixa conexão entre os atores. Uma rede para ter uma boa densidade precisa que todos os atores se comuniquem entre si.

3.3.4 Análise de centralidade de grau (profissionais)

As medidas de centralidades vêm sendo usadas para a compreensão das estruturas grupais presentes nas redes, de modo que a centralidade de uma rede será medida pela quantidade de conexões que um ator possui em relação aos demais atores da rede (WASSERMAN; FAUST, 1994).

Gráfico 4 – Rede social dos profissionais de saúde: centralidade de grau. Rio de Janeiro, 2020.



NOTA: ENF – Enfermeiro; TÉC – Técnico de Enfermagem; MÉD – Médico; SERV. SOC – Serviço Social; PSI – Psicologia; NUTRI - Nutrição. Descrevendo minuciosamente: Para enfermeiros foi utilizado o *shape* (forma) *circle* (círculo) na cor Azul; para técnico de enfermagem foi utilizado o *shape* (forma) *diamond* (diamante) na cor Amarela; para médicos foi utilizado o *shape* (forma) *square* (quadrado) na cor Laranja, para os profissionais de serviço social foi utilizado o *shape* (forma) *plus* (sinal de +) na cor Preta; psicologia foi utilizado o *shape* (forma) *down triangle* (triângulo invertido) na cor Rosa e Nutrição foi utilizado o *shape* (forma) *box* (caixa com sinal de + no interior) na cor Verde.

Fonte: A autora, 2020.

Assim como na centralidade de grau de clientes *versus* profissionais podemos perceber que há uma similaridade nos profissionais que tiveram maior números de entradas acabam se repetindo como TÉC9*, ENF6 e TÉC1.

O que mostra o maior número de contato desses profissionais com os clientes, detendo maior centralidade de grau, porém vista de outro ângulo que são dos próprios profissionais que os enxergam como estando em maior contato direto à assistência sendo orientado, realizando escuta ativa e interagindo de alguma forma.

Contrapondo temos o SERV. SOC., TÉC5, ENF4, ENF5 e o MÉD1 que foram entrevistados, entretanto não há entradas para eles o que pode indicar que não sejam vistos como profissionais referências que de algum modo tecem RS no serviço de hemodiálise. Se realizarmos um comparativo com a centralidade de grau dos clientes, os mesmos profissionais não foram citados e foi demonstrado através de suas entrevistas o possível motivo por não terem sido mencionados e causando assim seu distanciamento.

Igualmente, mais distantes no sociograma os profissionais MÉD6*, ENF9*, TÉC2, TÉC3, TÉC4, TÉC10*, PSI* e NUTRI2* que obtiveram uma entrada cada.

A tecnificação do trabalho, às vezes isso acontece naturalmente, mas também pode ser por escolhas próprias, como exemplo aqui temos os profissionais TÉC2, TÉC3, TÉC4 que foram entrevistados e percebemos em suas falas como já descritas na centralidade de grau dos clientes que os mesmos estão ali no serviço para trabalhar e mantém o distanciamento profissional para com os clientes (RIOS, 2009). No caso do TÉC10* que obteve duas entradas em relação a centralidade dos clientes, aqui obteve apenas uma, o que podemos suspeitar que há uma potencialidade de que possa vir a se tornar uma referência de RS no serviço de hemodiálise, uma vez que este profissional foi citado por pacientes e profissionais.

O profissional MÉD6* que apresenta uma entrada no sociograma é um profissional renomado no meio da nefrologia, que trabalha com transplante, já exerceu função pública, na câmara de vereadores do município do Rio de Janeiro.

Os Profissionais PSI* e NUTRI2* que também obtiveram apenas uma entrada, não foram observados no sociograma dos clientes *versus* profissionais, o que preocupa por serem serviços de grande relevância aos clientes que se encontram em hemodiálise.

A presença do psicólogo no trabalho com clientes que tem DRC é extremamente necessária para contribuir com um atendimento mais humanizado, que reconheça a singularidade de cada cliente, compreenda a fragilidade submetida pela doença crônica e que faça emergir a capacidade de ressignificação da própria vida (FREITAS; COSMO, 2010).

Freitas e Cosmo (2010), afirmam que o papel do psicólogo como parte da equipe de saúde é, primeiramente, o de identificar o indivíduo por de trás dos sintomas - entendê-lo em suas vivências, medos e ansiedades, seu contexto de vida, sua percepção de si mesmo e da doença. Narra que estabelecido o vínculo entre cliente e psicólogo, este último poderá fazer um trabalho que vise estimular as capacidades do cliente para se adaptar. A adaptação dependerá de uma visão mais positiva de seus potenciais; de metas que deem mais significado à vida; do estabelecimento de relações de confiança e da construção de uma possível autonomia. A psicoterapia deve ser essa via de acesso (FREITAS; COSMO, 2010).

O nutricionista tem um papel importante na orientação dietética deste cliente, que garanta um estado nutricional satisfatório a condição de saúde do cliente. A dieta para DRC é restrita, mas, no entanto, possível. Portanto, é fundamental o acompanhamento nutricional específico e individualizado para melhora na alimentação e, conseqüentemente, da qualidade de vida destes clientes (SANTOS et al., 2013).

Dessa maneira, conhecer se o indivíduo apresenta ou não dificuldades para realizar de forma adequada as orientações nutricionais implica reconhecer as necessidades desse sujeito, as percepções e as crenças, na intenção de guiar as medidas para o aumento da aderência ao tratamento da doença renal e melhorar a qualidade de vida (KRESPI et al., 2004).

O que destaca também são os profissionais TÉC9* com 10 entradas, ENF6 com 10 entradas e o TÉC1 com 8 entradas. Ambos por sua vez foram também os mais citados pelos clientes o que corrobora o protagonismo destes profissionais tanto no serviço de hemodiálise quanto na vida dos clientes, ou seja, vínculos.

Percebemos assim que o papel deles tem uma grande importância na caracterização da rede e se caso sacássemos esses profissionais iríamos descaracterizar a rede, eles possuem um poder de articulação com uma grande parte dos atores. O papel desses principais profissionais é o acolhimento, escuta ativa, a educação em saúde que é uma relação construída por também serem profissionais mais antigos do serviço, isso pode contribuir no estreitamento das relações tanto entre os profissionais e clientes (SCHIMITH et al., 2012).

O serviço médico possui entre 3 e 2 entradas, mas sua posição na rede está na periferia, isso mostra que existe uma lacuna desta oferta de serviço, qual o impacto na saúde destes pacientes, o ideal seria ter o papel do médico e de toda a equipe multidisciplinar centralizados na rede se articulando com os pacientes e, tendo em vista a importância destes profissionais no salão de diálise para garantir uma assistência de qualidade.

Além disso, o nefrologista se depara com desafios do próprio enfermo porque lida com situações que envolvem risco de morte ou morbidade alta. Nessas atividades cotidianas há

muita pressão e condicionamentos que se originam de poderes maiores e geram perspectivas nada animadoras para um exercício profissional mais digno e justo (OBREGÓN; ANJOS, 2018).

O médico no serviço de nefrologia tem um papel de suma importância de garantir um adequado tratamento como também de orientar, educar e através deste tipo de cuidado se permite uma quebra de barreira entre cliente e médico, facilitando assim a criação de um vínculo que faz com que o processo de cuidar se torne algo palpável e que possa contribuir para uma melhor adesão por parte do cliente.

O profissional NUTRII obteve 3 entradas, perante seus pares, no sociograma. Na fala demonstrada por esse mesmo profissional no sociograma de clientes, ele relata:

(...)que eu venho converso com eles e não sinto muito interesse deles(...)."

Já os profissionais entendem a real importância dessa categoria na criação da RS entre profissional e cliente.

Pois, a busca por metodologias de rastreamento do estado nutricional nessa população vulnerável é contínua para auxiliar no manejo nutricional e clínico do cliente e realizar uma avaliação mais adequada do prognóstico do indivíduo (KAMIMURA; NERBASS, 2020).

No Quadro 5, seguem as medidas de centralidade de grau dos atores desta rede, separando os graus, nesta pesquisa como os profissionais se relacionam com outros profissionais, apresentação de grau será grau de entrada, de saída e total. Para fins de entendimento leia-se o Quadro 5 como sendo a cor azul (atores com maior grau de entrada); a cor verde (atores com maior grau de saída) e a cor rosa (maior centralidade de grau).

Quadro 3 - Medidas de centralidade de grau (profissionais). Rio de Janeiro, 2020. (continua)

ATORES	GRADU DE ENTRADA	GRAU DE SAÍDA	GRAU
TÉC1	8	5	13
TÉC2	1	4	5
TÉC3	1	5	6
TÉC4	1	4	5
TÉC5	0	4	4
TÉC6	2	4	6
TÉC7	2	3	5
TÉC8	4	5	9
TÉC9*	10	0	10

Quadro 3 - Medidas de centralidade de grau (profissionais). Rio de Janeiro, 2020. (conclusão)

TÉC10*	1	0	1
TÉC11*	2	0	0
ENF1	7	3	10
ENF2	3	5	8
ENF3	3	4	7
ENF4	0	4	4
ENF5	0	4	4
ENF6	10	5	15
ENF7*	0	0	0
ENF8*	2	0	2
ENF9*	1	0	1
MÉD1	0	3	3
MÉD2*	0	0	0
MÉD3*	0	0	0
MÉD4*	3	0	3
MÉD5*	0	0	0
MÉD6*	1	0	1
MÉD7*	2	0	2
SERV. SOC.	0	2	0
NUTRI1	3	5	2
NUTRI2*	1	0	1
PSI*	2	0	2

Legenda: Azul (atores com maior grau de entrada); Verde (atores com maior grau de saída) e Rosa (maior centralidade de grau)

Fonte: A autora, 2020.

Com base nesta rede, através do software Ucinet© obtêm-se os dados de centralidade de intermediação é um indicador que permite identificar o ator que recebe as informações originadas de outras partes da rede; isto torna o ator uma fonte estratégica (ALEJANDRO; NORMAN, 2005), sendo assim veremos no Quadro 6 a centralidade de intermediação.

Quadro 4 - Medidas de centralidade de intermediação (profissionais). Rio de Janeiro, 2020

ATORES	CENTRALIDADE DE INTERMEDIÇÃO
ENF6	54,083
TÉC1	51,167
ENF1	47,917
ENF2	43,167
TÉC8	37,917
NUTRI1	26,833
ENF3	17,333
TÉC6	10,250
TÉC4	5,750
TÉC2	5,250
TÉC3	1,917
TÉC7	1,417

Fonte: A autora, 2020

3.4 Análise de conteúdo segundo Bardin

Por análise de conteúdo, entende-se um conjunto de técnicas de análise de comunicações que visa obter através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que nos permita inferência de conhecimento relativos às condições de produção destas mensagens (BARDIN, 2011). A análise a partir deste ponto será feita baseada na relação profissional versus clientes tendo como categorias a seguir a primeira e segunda, em seguida será a relação cliente versus profissional com as categorias terceira, quarta e quinta última.

3.4.1 1ª categoria: a percepção dos profissionais de saúde em relação a rede social construída entre os clientes

A categoria a descrever retrata a fala dos profissionais quanto a existência de uma rede social entre clientes, após perguntar se existe alguma rede entre os pacientes, dentre os 17 profissionais entrevistados apenas um disse não existir ou seja 99% dos entrevistados diz existir uma rede entre clientes, após revisão das descrições chegou a seguinte categoria: A rede como ferramenta de comunicação, apoio e adesão ao tratamento.

Esta categoria evidencia como é a função da rede social entre clientes. Assim chegamos a uma somatória de UR de 96 do total de unidades de registro construídas. Das declarações aparece os seguintes conteúdos: Amizade, vínculo, convívio, adesão, apoio, troca de ideias e ajuda. Como exemplificado nas falas abaixo:

Todo mundo ali “tá” vivendo a mesma coisa então talvez seja uma rede de apoio. (E8)

Então para mim maior papel dessa rede é de apoio. (E12)

Com certeza ajuda na adesão, pois eles se preocupam um com o outro, quando um “tá” mais para baixo o outro puxa o outro. (E15)

Eles conversam bastante, trocam experiências, ela contribui para aumentar a autoestima deles de forma geral. (E9).

Na busca por estudos sobre o que a rede social pode contribuir na doença renal, bem como especificamente na hemodiálise, e agregado a isso, que tragam a ótica do profissional de saúde em relação a interação entre clientes, percebe-se que ainda é escasso na literatura e muitas vezes, utilizam métodos que não permitem generalização dos resultados. Discute-se sobre apoio social quanto aos benefícios à adesão ao tratamento, ganho de informação, qualidade de vida.

Entretanto, os resultados são distintos, heterogênicos, o que inviabiliza afirmar com convicção e ou ter um padrão uniforme de resultados. Embora os dados desses estudos não possam ser generalizados para toda a população de clientes com doença renal crônica, os resultados enfatizam a importância do apoio social no tratamento e no processo de enfrentamento da doença.

Evidenciamos que os profissionais observam que os pacientes em tratamento hemodialítico ao conviverem com seus pares, constroem novos vínculos de apoio baseados na confiança e trocas contínuas de conhecimentos, suas experiências com a doença e tratamento.

Situação evidenciada por Lima (2012) em seu estudo, na qual os usuários de hemodiálise nominaram as pessoas que convivem no serviço (pares, profissionais da saúde e cuidadores) como “segunda família”.

Charon (2010) apresenta uma perspectiva diferente sobre a complexidade do fenômeno das relações humanas. Demonstra que a empatia guia as relações, havendo demonstrações de identificação porque a propriedade para o aconselhamento é dada pela vivência da doença renal e hemodiálise. Afirma ainda, que a perspectiva interacionista descreve este tipo de comportamento com relação aos processos aos quais as pessoas se identificam umas com as outras, não somente por vivenciarem as mesmas coisas, mas pelos significados que aqueles determinados acontecimentos têm para elas, tomando assim, a iniciativa para motivarem seus pares.

Para corroborar com o achado, o estudo de Di Primio et al., (2010), destaca-se que o companheirismo e a amizade entre aqueles que vivenciam o mesmo percurso da doença e de tratamento impactam o enfrentamento da condição de adoecimento. A troca de experiências e o “fortalecer-se” mútuo e constante ajudaram a suportar períodos de sofrimento (DI PRIMIO et al.,2010).

No que se refere aos clientes com doença renal crônica, Seidl et al., (2007) e Rezende et al., (2007), afirmam que um bom suporte social pode aumentar a satisfação dos clientes em diálise com os cuidados e a qualidade de vida relacionados à saúde em geral. Além disso, o apoio social pode fornecer meios para um melhor tratamento, adesão à medicação e nutrição, levando a melhores resultados clínicos (REZENDE et al.,2007; SEIDL et al.,2007).

No estudo de Sandri e Schmitz (2011), menores níveis de suporte social estiveram associados a maior risco de mortalidade e redução da adesão ao tratamento, principalmente em relação ao tempo de duração da sessão de diálise e ganho de peso, principalmente no que se refere aos aspectos físicos.

3.4.2 2ª categoria: as características de integração dos clientes na rede de serviço na ótica dos profissionais.

Esta categoria trata da percepção dos profissionais quanto a característica da integração dos clientes na rede de serviço, O número total de registros UR que foram identificadas correspondeu a 69 do total de UR construídas. Surge através dos discursos dos

entrevistados os seguintes tópicos: Ajuda, doação de medicamentos, convívio, vínculo, conversa e amizade.

Percebe-se sob a ótica dos profissionais, que o tratamento de hemodiálise enquanto integração envolve todo o contexto social em torno do vínculo terapêutico e interpessoal. Observa-se que esses vínculos permeiam não apenas na relação entre usuários e profissionais, mas também, a integração de usuários entre usuários, alargando sua rede de apoio e convívio, alguns exemplificados nas falas abaixo:

Eles têm um remédio sobrando, ele oferece ou ao companheiro ou ao serviço, ele se preocupa, se ele sabe que tem algum lugar fazendo exame gratuito, ou um determinado exame complementar mais barato ele comunica ao médico, comunica aos demais clientes. (E8)

Eles mantêm contato, vínculo com os profissionais, frequentam a casa de alguns em festinhas, eles doam medicações para o serviço doar para quem precisa. (E15)

Eles se tornam nossos amigos, interage um com o outro, eles desabafam, viramos amigos. (E11)

Buscar nas falas dos profissionais, características de integração a partir da sua ótica é um grande desafio, pois exige tato, sensibilidade e um olhar holístico ao que permeia essa população de clientes hemodialíticos.

Entretanto, na literatura encontra-se afirmativas da importância da construção de rede de apoio no processo de saúde-doença. A atuação em conjunto de pessoas e grupos relacionados ao cliente, tais como família, amigos e equipe de saúde, configura-se como uma rede importante de apoio social (instrumental e emocional) ao enfrentamento da doença e pode levar à obtenção de resultados positivos no tratamento e a uma melhor qualidade de vida (SILVA et al.,2016; TEIXEIRA et al.,2013).

De acordo Pereira e Guedes (2009), revela-se que com o adoecimento, novos vínculos afetivos são construídos, a exemplo da equipe de saúde, na oferta de cuidados físicos e emocionais, e com outros clientes, compartilhando experiências e sentimentos. Estas interações favorecem a democratização das informações, que estimulam a participação social na saúde, tanto no que se refere às políticas, quanto no que é previsto pelo sistema público de saúde (PEREIRA; GUEDES, 2009).

Diante dos excertos acima e da literatura pesquisada, ao exemplo Prestes et al (2011) em que no seu estudo de abordagem qualitativa, podemos perceber em uma das falas de profissionais que compõem a amostra do estudo, um relato que reforça nossos achados: “*A gente adquire uma amizade, vira uma família [...] eles se tornam nossos amigos (AE3)*”.

Acredita-se que a constituição desses vínculos afetivos com os clientes também repercute na atribuição de sentido ao trabalho realizado e, conseqüentemente, na satisfação profissional dos trabalhadores que prestam cuidados (PRESTES et al.,2011).

O suporte social na interação entre clientes é algo mútuo que apresentem condições de saúde similares propiciando compartilhamento de experiências entre outras coisas e que acabam promovendo aceitação e sensação de pertencimento a uma comunidade (FERNANDES et al.,2018).

Por fim, os fatores de proteção sociais abrangem sistemas externos de apoio advindos de grupos e pessoas não familiares que encorajam e reforçam a capacidade da pessoa para lidar com circunstâncias adversas (BENETTI; CREPALDI, 2012; SHAFFER; YATES, 2010).

Segundo Silva et al (2103b) o estudo de RS traz compreensão das interações entre os atores de distintos campos profissionais durante o cuidado que é prestado ao cliente. Estudos que tragam a ótica do profissional de saúde em relação a interação entre clientes ainda é escasso e que trariam muitos benefícios ao cuidar.

3.4.3 3ª categoria: a construção de relações sociais entre clientes que permeia o ambiente intra e extra hospitalar.

Esta categoria trata da percepção dos clientes quanto à construção de uma relação social entre os pacientes. Esta categoria teve um total de 66 UR construídas. Através dos depoimentos surgiram as seguintes temáticas: Amizade, contato, família, troca de ideias, incentivo, apoio, boa relação, convívio. As falas abaixo retratam tal afirmativa:

Existe sim, de contato mesmo, de amizade, de conversar, de reunir em festividades, de irem a minha casa e eu a casa deles. (E1)

O vínculo de amizade, quando a gente “tá” precisando de uma palavra, de um incentivo, aí eles ajudam. (E2)

Às vezes a gente visita um ao outro. (E4)

Eles se tornaram uma parte da minha família. (E6)

Nesta categoria observa-se o vínculo que há entre clientes que estão na mesma situação, pois ambos são doentes que necessitam de tratamento dialítico e estão juntos por três

vezes na semana por quatro horas, não significando que seja uma máxima, porém um importante fator.

Segundo Jesus et al., (2019), tanto o apoio familiar como apoio de amigos atuam como alavanca na manutenção do equilíbrio e estimula mudanças de hábitos e promove determinados comportamentos que irão melhorar a saúde de um modo geral.

Tendo o adoecimento como novo cenário a DRC, novos vínculos afetivos são construídos, a exemplo com outros clientes compartilhando experiência e sentimentos, de modo a minorar a ansiedade e melhora da resiliência (GALVÃO et al.,2019).

Portanto, essas relações sociais entre clientes fazem com que sua percepção de qualidade de vida relacionada à saúde não seja somente na parte física, como na parte psíquica, em sua independência, crenças e peculiaridades relacionadas ao ambiente em que se encontram (PRETTO et al.,2020b).

Segundo Jesus et al., (2019) questão que envolve o tempo que os clientes passam no salão de hemodiálise repercute em maior tempo de integração entre eles, tornando um período de convivência e diálogo onde podem trocar experiências e partilhar informações pessoais.

Cabe ressaltar que um suporte social/afetivo é de extrema importância para o indivíduo que se encontra nessa situação, pois favorece uma melhor aceitação com relação à doença e ao tratamento (MOREIRA; BORGES, 2019).

Podemos verificar também na fala de um cliente no estudo de Andrade e Vaitsman (2002) que no diz: “(...) *um chega aqui e fala ‘ah, tomei um remédio novo’, experiência, né, passar experiência de um pro outro. (Cliente nº 2).*”

Estas falas, vão de encontro ao que foi observado durante o período de coleta de dados dentro do salão de hemodiálise, a interação entre eles é bem ativa e intensa que não se restringe ao ambiente físico, partindo para grupos feitos em aplicativos de redes sociais.

Entretanto conforme na categoria anterior percebemos em algumas falas que não há essa construção de vínculos entre os clientes, pois são clientes mais periféricos na rede social de centralidade de grau, mas que não deixam de estar dentro desta construção de relação.

Não, agora não, o que eu tenho relação já morreram. (E13)

Não tem papel não, cada um na sua, eu já acostumei e aprendi a ficar assim, não tem mais vínculo nenhum. (E10)

Esta categoria está intimamente ligada à segunda categoria, porém sendo como um contraponto, pois determinados clientes não interagem a ponto de criar vínculos entre eles ou porque houve perdas de “amigos” ao longo do percurso do tratamento hemodialítico.

Segundo Galvão et al (2019) a ausência desse suporte pode interferir negativamente no processo saúde doença, pois o apoio é de extrema importância na aceitação do tratamento e da doença.

E as mudanças psicossociais relacionadas ao tratamento dialítico elevam o risco do desenvolvimento de depressão que nesta determinada população é estimado que seja de duas a três vezes maior que na população de um modo geral, além do que a depressão eleva o risco de progressão da doença renal, de piores desfechos clínicos e de mortalidade (PRETTO et al.,2020b).

Segundo Shirazian et al (2017) alguns estudos recentes encontraram associação entre DRC e desfechos psicossociais adversos como clientes com depressão tiveram significativamente menos integração na comunidade, menos apoio social e menor qualidade de vida e que se afastam das interações sociais e familiares.

Segundo Neves (2019) tendo o enfermeiro, conhecimento do fato de ser visto como mediador de processos, leva os usuários a o procurarem para auxiliar nas suas necessidades e que de fato isso pode ser a construção de vínculo entre ambos.

As redes sociais, na perspectiva relacional, interativa, são constantemente desenhadas e redesenhadas, enquanto qualificadoras de experiências capazes de caminhar em direção a umas práxis transformadoras, ao promover ações de cuidado em saúde que reforçam a confiança, respeito e estima dos participantes (MELO et al.,2018).

3.4.4 4ª categoria: a criação de vínculo e longitudinalidade no cuidado entre clientes e profissionais.

A exposta categoria visa através dos depoimentos dos participantes descrever como se configura o vínculo entre clientes e profissionais da saúde. O número total de UR desta categoria correspondeu a 56. Em relação às unidades de significação/temas podemos destacar: Família, amizade, vínculo e importância, calma, carinho, confiança, sinceridade e respeito.

É, no caso deles que eu citei, muito boa, viraram meus amigos mesmo. (E1)

Uma relação de confiança e com o passar do tempo se tornou amizade. (E6)

Uma relação boa, é de amizade. (E12)

Trata com carinho, preocupação, todos eles. (E9)

Importante. Eles são importantes par mim. (E12)

Eles são bem preocupados. (E5)

Essas relações aqui citadas nestas falas retrata a vivência deles neste espaço que é o salão de hemodiálise, onde há um processo de trabalho mecanizado, que faz uso de tecnologias duras, e ao mesmo tempo essa tecnologia permite que os pacientes fiquem vivos, além das características marcantes destes cenários temos a vivencia rotineiramente destes pacientes que frequentam 3 vezes por semana como espaço potencial para criar vínculos, nas falas percebemos que alguns se formam através do carinho demonstrado, da preocupação e da confiança .

A continuidade do processo de cuidar é fundamental para a qualidade dos cuidados e de qualidade de vida dos clientes que por nós são assistidos, a continuidade de cuidados é um constructo multidimensional que pode ser definido de forma ampla como a prestação de cuidados de longo prazo que é coordenada entre os serviços e é adequada às necessidades atuais do cliente (PUTINS et al.,2015).

Abrangendo vários aspectos, incluindo a consistência do cuidado com o profissional de saúde ao longo do tempo, a qualidade das relações interpessoais entre o profissional de saúde e o cliente e a disponibilidade de informações sobre o cliente (BAKER et al.,2016).

Neste processo criam-se e estreitam-se laços de amizade que muitas vezes extrapolam o ambiente hospitalar. Na perspectiva construcionista-social a proximidade afetiva é tomada como construção social, apreciada a partir de sua funcionalidade nos relacionamentos, ou seja, diferente do que muitas vezes aprendemos que deve haver o distanciamento entre cliente e profissional (SOUZA; SANTOS, 2013).

Alguns autores buscaram conhecer os efeitos positivos que a maior proximidade entre o profissional e o cliente poderia exercer sobre a qualidade do relacionamento e a busca da melhora e os clientes mencionaram como relevante perceber que o profissional se importava com eles (SOUZA; SANTOS, 2013).

A continuidade de uma trajetória pessoal, em que se destaca a referência ao laço de amizade como um vínculo comprometido com a descoberta da singularidade e com o desvendamento dos mistérios envolvidos na constituição da subjetividade. Os usuários, de modo geral, ao avaliarem o cuidado prestado, reconhecem quando os profissionais demonstram respeito, atenção, elo de afetividade, confiança e credibilidade (SCHIMITH et al.,2012).

No caso específico da relação entre profissionais de saúde e o cliente renal crônico em hemodiálise, a tensão causada pelo tratamento é muito particular e todos os clientes precisam conciliar sua realidade de vida anterior com a atual, com mudanças em sua vida psicossocial (CAMPOS; TURATO, 2003).

Outras significações atribuídas pelos atores sociais que contemplam as interações entre usuários e trabalhadores de saúde foram: vínculo, relação afetiva e confiança. Onde a fala de um cliente entrevistado vai de encontro ao observado neste estudo e é dito da seguinte maneira: “*A gente passa tanto tempo aqui que acaba se apegando as pessoas que trabalham aqui [...] são carinhosos, clientes e isso deixa a gente confiante (Pedro)* ” (RAMOS et al, 2008).

Esta categoria se entrelaça com a subjetividade a partir do momento que se é observado como um espaço íntimo da pessoa, ou seja, a opinião da pessoa do modo como ela se relaciona com a sociedade e que resultam em marcas singulares como os adjetivos supracitados.

Pensando nisso Ramos et al. (2008) nos trazem a fala de um cliente renal crônico onde ele emite sua percepção para com a relação e atenção profissional. Desta forma e trago: “*Percebo que o cuidado vai além da diálise, do remédio e da punção da fístula, pois aqui eles conversam com a gente, são carinhosos e preocupados, o que faz a gente confiar neles (Isabel)* ”.

Com ênfase na humanização e saúde, ambos, enfermagem e cliente, se beneficiariam, pois tanto a enfermagem torna o seu trabalho mais prazeroso e gratificante, quanto o cliente obtém mais segurança em ter no cuidador alguém que possa confiar (CAVALHEIRO et al.,2010).

A ideia do cuidar como relação terapêutica significa atender às necessidades com sensibilidade e presteza mediante ações que promovam o bem-estar, neste sentido o cuidado conjuga integridade física e emocional (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

A preocupação pelo bem-estar do outro resulta em sentimento de confiança. O cuidar implica numa relação de confiança pelo fato do cliente entregar o seu *self*, que se encontra fragilizado, nas mãos do cuidador (RODRIGUES; BOTTI, 2009).

Portanto, o envolvimento de pessoas com condições crônicas no autocuidado também apontou a família, os serviços de saúde e os profissionais cuidadores como influenciadores nos mecanismos que favorecem o cuidar de si (ALMEIDA et al.,2019).

Fundamentamos nesses achados, a necessidade de desenvolvermos relações interpessoais com mais confiança e compromisso entre clientes, familiares/cuidadores e

profissionais de saúde promovendo autonomia e corresponsabilidade frente ao tratamento proposto (ALMEIDA et al.,2019).

A partir deste ponto e ainda na relação de vínculos emergiram falas opostas a criação de vínculo, mas que estão neste círculo, através de clientes que se encontram na periferia da centralidade de grau em relação a rede social. Alguns, no entanto não apontaram a construção desse vínculo conforme as falas que emergiram foram:

Não influenciam mais não, depois desses anos todos, eu estou só levando. (E13)

Eles só colocam a gente na máquina e pronto. (E3)

A partir de 2001 o MS lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o intuito de aprimorar e estreitar as relações entre profissional de saúde e clientes, dos profissionais entre si e instituições de saúde e a comunidade (BRASIL, 2001). Mas entendemos que a humanização é inerente ao cuidar que é o pilar da enfermagem, então esta publicação veio a reforçar o que já trazemos como bagagem da academia.

Alicerçado pelo PNHAH em 2013 com a Política Nacional de Humanização (PNH) que buscou pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, nada mais do que integrar clientes, profissionais e gestores a construir um SUS mais humano (BRASIL, 2013).

Porém, a falta de recursos estruturais, aspectos referentes ao trabalho multiprofissional e mau funcionamento das redes de atenção à saúde, com pouca resolutividade desde a atenção básica e ausência de um sistema de referência e contrarreferência, acabam sendo barreiras na efetiva humanização em saúde (SOUSA et al.,2019).

Segundo Cavalheiro et al., (2010), nos traz a reflexão sobre o agir do profissional de saúde frente ao cliente com DRC, devido aos impactos que a doença causa na vida destas pessoas, principalmente no aspecto emocional. Enquanto profissionais, devemos nos preocupar com a qualidade desse atendimento, compreendendo que ao cuidar dos doentes, nos projetamos nas expectativas do outro e nas suas necessidades, e não nas nossas e assim não deixarmos nosso lado humano de lado e tratar o próximo como uma máquina (CAVALHEIRO et al.,2010).

Segundo Silva et al (2011) é descrito que clientes que recebem apoio e atenção de familiares e profissionais conseguem superar melhor suas limitações e se adaptar melhor a nova condição a qual estão inseridos em suas rotinas de vida, reconhecendo assim o valor do tratamento.

Podemos perceber esta situação no estudo de Rodrigues et al (2013) que clientes entrevistados relatam a indiferença: “*Elas não conversam nada com a gente. Às vezes para eu descobrir que medicamento ele está tomando eu tenho que perguntar e, às vezes, elas ainda respondem com má vontade (F6)*”

Diante dessa situação, o profissional de enfermagem apresenta-se como peça fundamental na promoção da qualidade de vida e no processo de enfrentamento do cliente submetido à hemodiálise (XAVIER et al.,2018).

A longitudinalidade do cuidado e o vínculo junto aos clientes é uma característica muito observada em estratégias de saúde da família e está associada a diversos benefícios como maior controle da doença, redução de hospitalização e maior educação em saúde (NEVES, 2019).

Então quando nos deparamos com falas que denotam o tratamento indiferente, não humanizado, que fazem o cliente se sentirem peças ou máquinas e não seremos humanos, isso coloca em xeque qual nosso papel no cuidado ao cliente renal crônico ou que possua qualquer outra patologia.

3.4.5 5ª categoria: percepção do paciente frente ao papel do profissional quanto ao cuidado e educação em saúde.

A referida categoria trata da percepção dos clientes frente a influência do profissional no seu tratamento como um agente educador do processo de saúde e doença. O número total de unidades de registro (UR) desta categoria correspondeu a 53 do total de UR construídas. Emerge através do depoimento dos participantes as seguintes temáticas: Orientação, explicação e conversa. Dos entrevistados 85% relataram influência do profissional no seu tratamento de forma a instruir os mesmos quanto a saúde e doença. Os depoimentos abaixo confirmam tal afirmativa:

Eles influenciam me orientando, me ajudando, assim quando estou desleixado eles conversam. (E1)

Eles cuidam, tiram dúvidas, me ensinam sobre a doença, muita coisa, eu mesmo fazendo diálise há 5 anos tem coisa que eu ainda estou descobrindo. (E6)

Nessa parte de dúvidas, qualquer dúvida que eu tenho. (E7)

Os profissionais de saúde têm um papel bastante importante e relevante no processo de saúde e doença, a educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática na área da atenção à saúde que busca promover, prevenir e manter a saúde nos diversos níveis de complexidade do processo de saúde-doença, dentre eles o cenário e a população ao qual se desenvolveu este estudo: o doente renal crônico hemodialítico (RAMOS et al.,2018).

Com isso, as ações educativas compreenderam uma “nova perspectiva de promoção da saúde”, que visa alcançar um “novo processo de saúde-doença”, para que as pessoas possam cuidar melhor de si, inserindo mais práticas de promoção da saúde em seu dia a dia (RAMOS et al.,2018).

E isso é algo mais presente com os profissionais de enfermagem, no sentido de que estes profissionais estão mais próximos com os clientes durante as 4 horas que eles ficam dialisando, é a enfermagem que faz a conexão e desconexão de acesso, instala o paciente na máquina, realiza o curativo entre outras atribuições .A enfermagem tem a oportunidade de sentar junto ao cliente e perguntar-lhe como foi a semana, o que ele comeu, perguntar o motivo pelo qual chegou tão “pesado” a sessão, perceber por expressões faciais de dúvida, dor, insatisfação, pois através deste contato de pelo menos três vezes na semana, permite que a equipe conheça cada um dos clientes.

Ao conhecer a realidade do usuário e analisar sua fala, percebemos que múltiplos fatores impedem o empoderamento, pois as relações estabelecidas não favorecem que o mesmo tenha o domínio sobre sua vida (TADDEO et al.,2012).

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os clientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento imprescindível para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca do seu processo de saúde e doença (TADDEO et al.,2012).

Então cabe-nos educar este cliente, pois o processo de aprendizado é infinito e contínuo, por mais tempo que o cliente tenha a doença e seja crônica haverá sempre questões a serem tratadas. Tal atividade, além de orientar e tirar dúvidas, estimula a confiança na relação profissional-cliente, assim como torna os usuários indivíduos conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento (TADDEO et al.,2012).

O ensino do autocuidado é um processo importante, pois facilita o indivíduo na ampliação do conhecimento do processo saúde-doença, aprimorando a autopercepção e beneficiando a mudança de hábitos necessária (TADDEO et al.,2012).

Considerando o trabalho da equipe multidisciplinar no processo de educação em saúde, onde as atuações foram extremamente importantes por sua proximidade com os

usuários, com o seu modo de viver e de se cuidar, não apenas podendo, mas devendo fazer diferenças nos espaços profissionais ocupados e na vida dos clientes (SANTOS et al.,2019a).

A partir da educação em saúde realizada, observaram-se mudanças que atingiram dimensões da vida social, pois as relações sociais que se estabelecem no ambiente de trabalho, nas atividades de lazer e nas viagens são alteradas pelo tratamento (SANTOS et al.,2019b).

Depreende-se dos depoimentos, que eles de uma forma geral reconhecem a importância da educação em saúde. E a interpretação dos relatos revela a importância de se perceber o quanto a experiência com a DRC é complexa.

Portanto, para uma integralidade da assistência fazem-se necessárias atividades de educação em saúde, uma vez que as mesmas proporcionam a difusão dos conhecimentos entre profissionais da saúde e usuários (SANTOS et al.,2019a).

Os enfermeiros e demais profissionais da saúde, no cuidado à pessoa, família e coletividade devem estar atentos as fragilidades das relações, que pode levar ao agravamento ou perduração da condição negativa à vida, mas que pode desenvolver vínculos e intervenções educacionais (FRANÇA et al.,2018).

Acioli (2007), retratou ser perceptível a atual “naturalização da noção de redes”, geralmente apresentada articulada às tecnologias da informação, afirmando ser este um debate que vem se levantando em diversos campos do conhecimento como a educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compor uma discussão que envolva um tema de ampla abordagem na literatura como a hemodiálise em clientes renais crônicos com as redes sociais que envolvem os profissionais de saúde, foi um grande desafio e bastante instigador. Acompanhar esses clientes durante as sessões de hemodiálise é fundamental no sentido da prevenção de agravos pois está diretamente relacionada à assistência e por consequência a criação de vínculos.

Ao longo da pesquisa, analisando as redes sociais dos clientes renais crônicos podemos perceber uma baixa densidade, ou seja, nos demonstra uma fragilidade no vínculo criado entre os atores e de 17 profissionais que foram entrevistados apenas 3 se destacavam na centralidade de grau como os que mais educavam, percebiam certas fragilidades, estavam atentas às intercorrências. Portanto, as redes sociais destes atores se deram com 2 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro.

Outro fato evidenciado nas redes sociais dos clientes, foi identificar que categorias profissionais de extrema importância na multidisciplinaridade como serviço social, psicologia e nutrição não foram citados. Se fazer presente no dia a dia desses clientes ou quiçá uma vez na semana é de extrema importância, pois temos uma população de clientes muito carente vivendo com entre 1 e 2 salários-mínimos, necessitando do governo para o provimento de medicações, ou até mesmo na orientação dietética que é um fator preponderante na evolução clínica e o apoio psicológico que a mudança de estilo de vida, as condições de saúde que a DRC causa.

Podemos evidenciar também clientes que demandam mais profissionais por ser jovem e ter se visto como doente crônico muito cedo e pudemos evidenciar também cliente que não citou nenhum profissional sob alegação de dispersão profissional, pois os que lhe ajudavam já não se encontravam mais na unidade hospitalar.

Conforme foi delimitado, a pesquisa que não relacionou a interação entre os próprios clientes, tornou-se um viés na centralidade de grau, pois não foi possível analisar o grau de entrada.

No tocante a análise de redes sociais entre profissionais de saúde a densidade também foi baixa, alcançando apenas 10%. Dentre os profissionais também tivemos o destaque de apenas 3 profissionais, como os mais atenciosos, proativos e educadores. Por conseguinte, evidenciamos 2 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro.

Analogamente as redes sociais dos clientes o serviço social não foi citado, o que nos levou ao questionamento da presença desse profissional que faz o acompanhamento social, integrar esses atores em políticas sociais. Psicologia e nutrição não foram amplamente citadas, o que evidencia um déficit do serviço para com os clientes.

Na centralidade de intermediação ficou novamente a cargo dos profissionais de enfermagem o destaque, por ser uma profissão que está ao lado do cliente por 24h nos cuidados à saúde. O papel e a importância dessa profissão na vida dos clientes vêm de longa data desde que Florence na guerra da Crimeia exerceu seu papel com maestria, dando destaque aos cuidados para com os feridos.

E assim vem se perpetuando e fica evidente nos sociogramas apresentados pela pesquisa, mesmo com a limitação do estudo que evidenciou baixa densidade nas relações entre os atores, o papel da enfermagem é destaque no que cerne aos cuidados e integração devido a sua proximidade.

Quanto aos resultados obtidos na análise de conteúdo, os fatores visualizados na percepção do cliente frente ao papel do profissional ao cuidado e educação em saúde. A educação em saúde é um campo de conhecimento e de prática na área da atenção à saúde que busca promover, prevenir e manter a saúde nos diversos níveis de complexidade do processo de saúde-doença.

Cabendo-nos mitigar medos, empoderar, conhecer a realidade dos clientes e este processo ser realizado com consistência e afincado será fator crucial na relação de confiança entre profissional e clientes e por consequência melhor condução clínica.

Vínculo este que, se observado pela longitudinalidade no cuidado traz à tona amizade, vínculo e importância, calma, carinho, confiança, sinceridade e respeito. Pois a continuidade do cuidado é fundamental na qualidade de vida e cuidados prestados ao cliente.

Neste processo, criam-se e estreitam-se laços de amizade que muitas vezes extrapolam o ambiente hospitalar. E foi evidenciado em 8 entrevistas onde clientes falam do vínculo formado, muito pelo fato de estarem juntos por 4h durante muitas vezes dentro de um mês.

Esta categoria se entrelaça com a subjetividade a partir do momento que se é observado como um espaço íntimo da pessoa, ou seja, a opinião da pessoa do modo como ela se relaciona com a sociedade.

Bem como é evidenciado a importância da participação familiar e de amigos como rede de apoio e base neste constructo, pois criam e reafirmam ainda mais a humanização do cuidado e assim tendem a se adaptar e entender melhor a condição frente à doença crônica.

Na relação extrapolando o ambiente intra-hospitalar, serve como alavanca na manutenção do equilíbrio e estímulo na mudança de hábitos e assim novos vínculos serão construído no momento que compartilham experiências, sentimentos, muitas vezes doando medicamentos uns aos outros.

Tendo isso como pilar a aceitação frente a doença será menos dolorosa, entretanto há clientes que afirmam não manter e não querer se relacionar, seja com outros clientes ou profissionais, e isso é um contraponto, seja pela questão psicossocial e onde retornamos ao fato do serviço social não ter sido citado por nenhum dos atores e a psicologia não ter sido lembrado pelos clientes e isso é possível ver no sociograma como clientes mais periféricos.

A ótica dos profissionais de saúde em relação à integração dos clientes na rede de serviço, tem todo um contexto social em torno do vínculo criado. E perceber tal situação demanda do profissional assistencial empatia, delicadeza e tato. E essa rede de apoio quando criada, fortalecida e entremeada será benéfica ao ponto de melhorar a qualidade de vida.

Quando da ótica da rede social construída entre clientes, a partir do profissional de saúde pelas falas dos profissionais é que há esta relação, porém, sustentá-la durante a pesquisa foi uma tarefa árdua pois estudos que abordem a hemodiálise de renais crônicos a partir de análise de redes sociais é bastante escasso o que acaba por inviabilizar uma afirmação convicta e para tanto retorno a papel fundamental da criação de apoio que aconteça entre clientes e, também com seus familiares.

Porém, foi visualizado também elos fracos no que diz respeito aos cuidados dos clientes renais crônicos, com relação às categorias profissionais de serviço social, nutrição e psicologia e que há abertura e possibilidade de melhora neste aspecto. Em contrapartida a enfermagem mais uma vez demonstrando sua importância e seu destaque na assistência aos clientes crônicos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S.; PREZOTTO, K. H. O paciente renal crônico e a adesão ao tratamento hemodialítico. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Pernambuco, v. 8, n. 3, p. 600-605, jan. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9715/9794>. Acesso em 12 dez. 2019.
- ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos dos conceitos. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 12, n. especial, p. 1-12. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/download/1784/1520>. Acesso em: 12 dez. 2019.
- ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, A. G. **Manual Introductório à Análise de Redes Sociais**, 2005.
- ALMEIDA, H.O.; et al. Adesão a tratamento entre idosos. **Com. Ciência saúde.**, Brasília, v.18, n.1, p.57-67, 2007.
- ALMEIDA, O. A. E. et al. Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 24, n. 5, p. 1689-1698, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1689.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.
- AMORIM, J. S. C.; et al. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3265-3634, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3625.pdf>. Acesso 19 out. 2020.
- ANDRADE, D.M.C; DAVID, H.M.S.L. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. **Rev enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, n. 23, n. 6, p. 852-855. 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14861/16204>. Acesso em: 06 jul. 2019.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>. Acesso em 17 dez. 2019.
- ARRELIAS, C. C. A.; et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 4, p. 315 – 322, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0315.pdf>. Acesso em 06 jul. 2019.
- BAKER, I., et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely

collected, person level data. **BMJ**, v. 356, n. 84, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j84>. Acesso em: 26 out. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente¹. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf. Acesso em 26 ago. 2020.

BASTIAN, M.; et al. Gephi: An open source software for exploring and manipulating networks. **Third International ICWSM Conference**, San Jose, California: Association for the Advancement of Artificial Intelligence, 2009.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-S0101-28002011000100013/2175-8239-jbn-S0101-28002011000100013.pdf Acesso em: 26 ago. 2020.

BASTOS, M. G.; et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **J Bras Nefrol.**, v. 26, n. 4, p. 202-215, 2004. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a04.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BENETTI, I. C.; CREPALDI, M. A. Resiliência revisitada: Uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**, n. 7, p. 7-30, 2012. Disponível em: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1086/917>. Acesso em: 14 jan. 2021.

BENFIELD, M. Insurance, non adherence- a call to action. **Pediatr. Transplant.**, v. 11, editorial, p. 2236- 238, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-3046.2007.00691.x>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BEZ, G. S.; et al.. Aplicação da técnica de Análise de Redes Sociais em uma Instituição de Ensino Superior. In: **XXVI Simpósio de Gestão da Inovação tecnológica**, Vitória: Anpad, 2010.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Poder Legislativo. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/legislacao/constituicao-federal-emendas>. Acesso em: 14 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001, 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos**. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013, 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2014.

BRASIL. PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014(*). Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. **Diário Oficial da União**, nº 50, 2014, p. 34.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77, DE 21 DE JANEIRO DE 2015. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. **Diário Oficial da União**, nº15, 2015, p.32.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde alerta para prevenção e diagnóstico precoce da Doença Renal Crônica**. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**, Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BORGATTI, S.P.; et al. **Analyzing social networks**. London: SAGE; 1ª Ed. 2013.

BOUSQUET-SANTOS, K.; COSTA, L. G.; ANDRADE, J. M. L. Estado nutricional de portadores de doença renal crônica em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 1189-1199, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.11192017>. Acesso em: 26 out. 2020.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 4ª Ed, 2017.

BOURDIEU P. O capital social: notas provisórias. In: Bourdieu. **Escritos da educação**. Petrópolis (RJ): Ed.Vozes; 2007, p. 67-69.

BUCHARLES, S. G. E. et al. Avaliação e manejo da doença cardiovascular em pacientes com doença renal crônica. **J Bras Nefrol.**, v. 32, n. 1, p. 120-127, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a19.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO E. R. A equipe de saúde, a pessoa com doença renal em hemodiálise e suas relações interpessoais. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 508-512, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a08v56n5.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra. 8ª Ed. São Paulo, 2001.

CASTRO, R. A.; et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 225-231, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/04.pdf>. Acesso em 25 out. 2020.

CARVALHO, L. et al. Efeitos da doença e adequação da hemodiálise em pacientes com rigidez arterial. **Escola Anna Nery.**, v. 24, n. 2, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n2/2177-9465-ean-24-2-e20190068.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

CHAN, Y.M; MOLASSIOTIS, A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong-Kong. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 30, n. 2, p. 431-438, 1999. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1999.01098.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CAVALHEIRO, C. G. et al. A humanização no cuidado de enfermagem ao cliente portador de insuficiência renal crônica. **R. pesq.: cuid. fundam. Online.**, Rio de Janeiro, v. 2, edição suplementar, p. 361-364, 2010. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/934/pdf_152. Acesso em: 26 out. 2020.

COSTA; A.F.A. **Análise das Redes Sociais nas Ações de Acompanhamento da Tuberculose**. 2016. 114f. Dissertação (Mestrado Acadêmico). - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

CUKOR, D. et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. **Kidney International.**, v. 75, n. 11, p. 1223-9, 2009. Disponível em: [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(15\)53591-6/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(15)53591-6/fulltext). Acesso em: 16 jul. 2020.

DAVID, M. I. D. (2015). **Os perfis de autocuidado das pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise e a sua percepção da qualidade de vida**. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona, Lisboa.

DAVID, H. M S. L. **Redes sociais de enfermeiros da Atenção Básica: um estudo em municípios do Rio de Janeiro e Ceará** [Relatório de Projeto]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro; 2017

- DAVID, H. M. S. L. et al. Análise de redes sociais na atenção primária em saúde: revisão integrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 1, p. 108-115, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0108.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.
- DENHAERYNCK, K. et al. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. **Am J Transplant**, v. 7, n. 1, p. 108-16, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-6143.2006.01611.x>. Acesso em: 27 ago. 2020.
- DI PRIMIO, A. O.; et al . Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 334-342, 2010 . Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/15.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.
- DIAS, A.M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**. Visau, v. 40, p. 201-219, 2011. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.
- DURAN, E. C. M.; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, p. 234-240, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n2/a04v32n2.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- FERRAZ, R. N. et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores para a adesão ao tratamento hemodialítico. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 25, e15504, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/15504/24270>. Acesso em: 11 ago. 2019.
- FERNANDES, L.S. et al. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3357-3368, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3357.pdf>. Acesso em 17 dez. 2019.
- FIALHO, J., Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 29, p. 59-79, 2015. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/13338.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.
- FIGUEIREDO, S. V.; et al. Importância das orientações em saúde para familiares de crianças com doença falciforme. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3150-3158, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-2974.pdf. Acesso 27 out. 2020.

FLICK, U; et al. **Qualitative forschung: ein handbuch**. Reinbek: Rowohlt, 2000.

FONSECA, J. S. A. **Redes sociais na regulação da assistência à saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro**. 2017. 97f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

FONTES, B. A. S. M. REDES SOCIAIS E SAÚDE: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO**, v. 26, p. 87-104, 4 dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/politicaetrabalho/article/view/6774/4212>. Acesso em: 22 ago. 2019.

FONTES, B. A. S. M. **Redes Sociais e poder local**. Recife: Universitária da UFPE, 2012.

FRANÇA, M. S.; et al. Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e20170303, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20170303.pdf>. Acesso em 13 jan. 2021.

FREIRE, A. P. V. S. et al. Percepção da enfermagem sobre a adesão e o abandono do tratamento da tuberculose. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, e37, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/39456/html>. Acesso em: 19 dez. 2020.

FREITAS, P. P. W.; COSMO, M. Atuação do Psicólogo em Hemodiálise. **Rev SBPH.**, v. 13, n. 1, p.19-32, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a03.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GALVÃO, J.O. et al. Processos de enfrentamento e resiliência em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Contextos Clínicos.**, v. 12, n. 2, p. 1-26, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v12n2/v12n2a14.pdf>. Acesso em 30 nov. 2020.

GEWEHR, D. M.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 179-190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GÓMEZ, D.; et al. Modeling centrality measures in social network analysis using bi-criteria network flow optimization problems. **European Journal of Operational Research**, v. 226, p. 354-365, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377221712008752>. Acesso em 17 ago. 2019.

GONÇALVES, G. A. et al. A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica. **J Bras Nefrol.**, v. 31, n.3, p. 198-205. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v31n3/v31n3a05.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 01, p. 225-268, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>. Acesso em 05 jan. 2021.

GRANOVETTER, M. S.; et al. **Social networks in Silicon Valley**, The Silicon Valley Edge. In: Lee CM, Miller WF, Hancock MG, Rowen HS, editores. Stanford: Stanford University Press; 1998. p. 218-47.

GRANOVETTER, M. S. Organizações sem fins lucrativos e redes sociais na gestão das políticas sociais. In: NOGUEIRA AM, organizador. **Gestão social, estratégias e parcerias: redescobrimo a essência da administração para o terceiro setor**. São Paulo: Saraiva; 2006. v. 1, p. 195-218.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, especial, p. 151-157, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea19.pdf>. Acesso em 17 ago. 2019.

GRIFFITHS, F. et. al. Social networks – The future for health care delivery. **Social Science & Medicine**, v. 75, Issue 12, p. 2233-2241, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953612006302?via%3Dihub>. Acesso em 17 ago. 2019.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M., **Introduction to social network methods**. Riverside: University of California, 2005.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>. Acesso em: 14 jan. 2021.

KAMIMURA, M. A.; NERBASS, F. B. Avaliação nutricional na doença renal crônica: o protagonismo da mensuração longitudinal. **Braz. J. Nephrol.**, v. 42, n. 1, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n1/pt_2175-8239-jbn-2020-0010.pdf. Acesso em 14 jan. 2021.

KRESPI, R.; et al. Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. **Patient Educ Couns**, v. 53, n. 2, p. 189-96, 2004. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00147-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00147-2). Acesso em 14 jan. 2021.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n.1, p. 3, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/07-modelos-de-estudos.pdf>. Acesso em 17 ago. 2019.

JESUS, N. M. et al. Qualidade de vida de indivíduos com doença renal crônica em tratamento dialítico. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 364-374, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n3/pt_2175-8239-jbn-2018-0152.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

JUNQUEIRA L. A. P. Gestão social: organização, parceria e redes sociais. In: CANÇADO, A. C.; JR SILVA, J. T.; SCHOMMER, P.C., RIGO, A.S. **Os desafios da formação em gestão social**. Palmas: Provisão; 2008. p. 87-96.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. Redes sociais e relações de poder na enfermagem: estudo de caso em um hospital municipal. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba.**, v. 17, n. 3, p. 148-158, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/24413/pdf>. Acesso em 17 ago. 2019.

KINYGÄS, H.A.; et al. Compliance in adolescent with chronic diseases: a review. **Journal of Adolescent Health.**, v. 26, n. 6, p. 379- 388, 2000. Disponível em: <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2899%2900042-7>. Acesso em 08 ago. 2019.

KURITA, G. P.; PIMENTA, C. A. M. Dor crônica e adesão ao tratamento: aspectos terapêuticos, culturais e emocionais. **Revista Simbidor**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 88-95, 2000.

LEITE, S.N.; VASCONCELOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Colet.**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>. Acesso em: 13 set 2019.

LINDE, B. J.; JANZ, N. M. Effect of a teaching program on knowledge and compliance of cardiac patients. **Nursing Research.**, v. 28, n. 5, p. 282-286, 1979. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/89667>. Acesso em 13 set. 2019.

LINS, S. M. S. B.; et al. Validação do questionário de adesão do paciente renal crônico brasileiro em hemodiálise. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 585-592, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0558.pdf. Acesso em: 13 set. 2019.

LINS, S. M. S. B. et al. Adesão de portadores de doença renal crônica em hemodiálise ao tratamento estabelecido. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 1, p. 54-60, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0054.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LIMA, L. L.; et al. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e co-responsabilização. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 514-522, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a08.pdf>. Acesso em 05 jan. 2021.

LUCENA, L. N.; et al. Avaliação da satisfação do usuário com o acolhimento na estratégia da saúde da família no Recife (PE). **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 2, p. 21-37, 13 fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16837/11264>. Acesso em: 13 set. 2019.

MACHADO, M. H.; et al. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COFEN, 28v, 2017.

MADEIRO, A. C.; et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MALDANER, C.R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647-653, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/7638/4693>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MANSOUR, S. N. et al. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa*. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 25, n. 3, p. 647-654, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00647.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 379-388, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030134.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n.1, p. 41-47, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/06.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais: aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v.30, n. 1, p.71-81, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

MARTELETO, R. M.; TOMAÉL, M. I. A metodologia de análise de redes sociais. In: VALENTIM, M. L. P. **Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação**. p. 81-100. São Paulo: Polis, 2005.

MARTELETO, R. M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Pesq. bras. ci. inf.**, Brasília, v.3, n.1,p.27-46, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2247/1/Marteletto_redes%20sociais%20mediacao%20e%20apropriacao%20de%20informacoes.pdf. Acesso em 02 ago. 2019.

MARTELETO, R. M. Teoria e metodologia de redes sociais nos estudos da informação: cruzamentos interdisciplinares. **Inf. Inf.**, v. 12, n. esp, Londrina, 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/viewFile/1786/1522>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MARTELETO, R.M. **A cultura, o conhecimento e a informação na obra de Pierre Bourdieu em:** Pierre Bourdieu e a producao social da cultura, do conhecimento e da informacao / organizacao Regina Maria Marteleto e Ricardo Medeiros Pimenta. - 01. ed. – 370 p. Rio de Janeiro: Garamond, 2017. Disponível em: <https://eptic.com.br/e-book-pierrebourdieu>. Acesso em: 19 dez. 2020.

MARTINEZ, F. J. M. et al. Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 59-74, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n1/59-74/pt/#>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MELO, G. A. A. et al. Fatores relacionados ao conforto prejudicado em pacientes renais crônicos hemodialítico. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 940-946, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n4/pt_0034-7167-reben-72-04-0889.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

MELO, R. H. V.; et al. ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: A RECIPROCIDADE ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 22-35, 6 jul. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13626/9818>. Acesso em 26 out. 2019.

MENEZES, P. D. M. M. et al. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n2/pt_2175-8239-jbn-2019-0234.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente e organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p.117-60.

MIASSO, A. I.; et al. Transtorno afetivo bipolar: adesão ao medicamento e satisfação com o tratamento e orientações da equipe de saúde de um núcleo de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 548-556, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_18.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Publ.**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M. C. S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf. Acesso em 29 jun. 2019.

MORAES, T. P. R.; DANTAS, R. A. S. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 323-329. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a20.pdf. Acesso em 29 jul. 2019.

MOREIRA, L. et al. Adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **J. Bras. Nefrol.**, v. 30, n.2, p. 113-19, 2008. Disponível em: <http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/7.pdf>. Acesso em 29 ago. 2019.

MOREIRA, R. A.; BORGES, M. S. Perfil e nível de esperança entre pacientes que realizam hemodiálise e diálise peritoneal. **Cogitare enferm.**, Paraná, v. 25, e67355, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/67355/pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

MURPHY, C. C. Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. **Breast Cancer Res Treat**, v. 134, p. 459-478, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10549-012-2114-5>. Acesso 26 out. 2020.

NASCIMENTO, D. M.; MARTELETO, R. M. Social field, domains of knowledge and informational practice. **Journal of Documentation**, v. 64, n. 3, p. 397-412, 2008. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/00220410810867605/full/html>. Acesso em: 29 set. 2019.

NEVES, A. C. L. **Estratégia Saúde da Família e pessoas com hipertensão e diabetes: redes sociais e longitudinalidade**. 2019. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

NEVES, P. D. M. M. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. **Braz. J. Nephrol.**, v. 42, n. 2, p.191-200, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v42n2/pt_2175-8239-jbn-2019-0234.pdf. Acesso em 23 nov. 2020.

NWANKWO, B.; et al. Chronic Kidney Disease: Stemming the Global Tide. **Am J Kidney Dis.**, v.45, n.1, p. 201-208, 2005. Disponível em: <https://www.ajkd.org/action/showPdf?pii=S0272-6386%2804%2901300-9>. Acesso em 29 jul. 2019.

OBREGÓN, J. M. V.; ANJOS, M. F. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. **Braz. J. Nephrol.**, v. 40, n.4, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v40n4/pt_2175-8239-jbn-0011.pdf. Acesso em 14 jan. 2021.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016.

OLIVEIRA, R. S. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, e20190290, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v41/pt_1983-1447-rgeenf-41-e20190290.pdf. Acesso em 23 23 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Iniciativa para conjunto de ações para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis**. Brasília: OPAS; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia Regional e Plano de Ação para um enfoque integrado sobre a prevenção e controle das doenças crônicas, incluindo a alimentação, a atividade física e a saúde**. Washington, D.C. 2017. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cncdspt.pdf>. Acesso em 27 set. 2019.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl. J. Med.**, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra050100?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em 27 set. 2019.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.815-822, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2966.pdf>. Acesso em 02. Ago 2019.

PEREIRA, L. P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 4, p. 689-95, 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16384/10864>. Acesso em: 14 jan. 2021.

PIERIN, A. M. G.; et al. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: PEREIRA, L. P. (org). **Hipertensão arterial - uma proposta para o cuidar**. Barueri, SP: Manole; 2004. p.15.

PINTO A. M. G.; JUNQUEIRA, L. A. P. A análise de redes sociais como ferramenta de diagnóstico as relações de poder. **eGesta.**, v. 4, v. 1, p. 33-59, 2008. Disponível em: <https://silo.tips/downloadFile/a-analise-de-redes-sociais-como-ferramenta-de-diagnostico-das-relacoes-de-poder>. Acesso em 17 set. 2019.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org). **Dom do reconhecimento e saúde: Elementos para entender o cuidado como mediação**. Rio de Janeiro/Recife: Ed. Universitária UFPE- ABRASCO, 2011, p. 39-50.

PRESTES, F. C. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de hemodiálise. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 25-32, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/03.pdf>. Acesso em 18 set. 2020.

PRETTO, C. R. et al. Depressão e pacientes renais crônicos em hemodiálise: fatores associados. **Rev Bras Enferm., Brasília**, v. 73, supl 1, e20190167, 2020a. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s1/pt_0034-7167-reben-73-s1-e20190167.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

PRETTO, C. R. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise e fatores relacionados. **Rev. Latino-Am. Enferm., Brasília**, v. 28, e3327, 2020b. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3327.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

PUNTINS, S. et al. Associations Between Continuity of Care and Patient Outcomes in Mental Health Care: A Systematic Review. **Psychiatric Services**, v. 66, n. 4, p. 354-363, 2015. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201400178>. Acesso em: 26 out. 2020.

QUEIROZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: Lang, A.B.S.G., org. **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo, Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p. 13-29.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo**. 1994. 84f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

RAMOS, C. F. V. et al. Práticas educativas: pesquisa-ação com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n.3, p. 1211-1218, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1144.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

RAMOS, I. C.; et al. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n.2, p. 193-200, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a08v61n2.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

RAVAGNANI, B. M. L., et al. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, v. 12, n. 2, p. 177-184, 2007.

Disponível em:

[https://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2#:~:text=Alguns%20estudos%20identificam%20tr%C3%AAs%20fatores,de%20empregos\)%20e%20melhora%20do](https://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2#:~:text=Alguns%20estudos%20identificam%20tr%C3%AAs%20fatores,de%20empregos)%20e%20melhora%20do). Acesso 26 set. 2019.

RECUERO, R. C. Redes Sociais na Internet: Considerações Iniciais. **E-Compós**, v. 2, 26 jun. 2005. Disponível em: <https://www.e-compos.org.br/e-compos/article/view/28/29>. Acesso em 26 set. 2019.

RECUERO, R. C. Online x Offline: Redes Sociais não são iguais. **Social Media**, 2011

Disponível em:

http://www.raquelrecuero.com/arquivos/online_x_offline_redes_sociais_ao_sao_iguais.html. Acesso em: 20 de ago. 2015.

RECUERO, R. C. **Redes sociais na internet**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.

REZENDE, L. K; et al. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 28, n. 1; p. 107-11, 2007. Disponível em:

<https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/542/540>. Acesso em 15 jan. 2021.

RIBEIRO, C. Família, saúde e doença. O que diz a investigação? **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 299-306, maio 2007. ISSN 2182-5181.

Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10363>. Acesso em: 27 out. 2019.

RIBEIRO, F. F. **Redes sociais de pessoas com câncer: um olhar sob o prisma da informação e comunicação em saúde**. 114 f. Dissertação (Mestrado em Informação, Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2013.

RIOS, I. C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.2, p. 253-261, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

ROCHA, K. T.; FIGUEIREDO, A. E. Letramento em Saúde: Avaliação de pacientes em terapia renal substitutiva. **Enferm Nefrol.**, v. 22, n. 4, p. 388-397, 2019. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n4/2255-3517-enefro-22-04-388.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

ROCHA, R. P. F.; PINHO, D. L. M. Ocorrência de eventos adversos em unidades públicas de hemodiálise. **Enfermería Global**, Murcia, n. 55, p. 12-23, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/pt_1695-6141-eg-18-55-1.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

RODRIGUES, T. A.; BOTTI, N. C. L. Cuidar e o ser cuidado na hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, especial nefrologia, p. 528-530, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/15.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

RODRIGUES, P. F. et al. Interação entre equipe de enfermagem e família na percepção dos familiares de crianças com doenças crônicas. **Esc. Anna Nery.**, v. 17, n. 4, p. 781-787, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0781.pdf>. Acesso em 27 out. 2020.

ROLNICK, S. J. et al. Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. **Clinical Medicine & Research**, v. 11, n. 2, p. 54-65. Disponível em: <https://doi.org/10.3121/cmr.2013.1113>. Acesso 27 out. 2020.

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: Vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos.**, v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v7n1/v7n1a11.pdf>. Acesso em 27 out. 2019.

SANTANA, E. C. et al. Perfil dos pacientes submetidos a tratamento hemodialítico em uma clínica em Teresina. **J. res: fundam. Care. Online.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 142-146, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6559/pdf>. Acesso em: Acesso em: 26 out. 2020.

SABATÉ, E. (2003). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, World Health Organization.. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>. Acesso em 24 set. 2019.

SANDRI, J. V. A; SCHMITZ, J. Trajetória da família de portadores de insuficiência renal crônica: desafios e emergência familiar. **Nursing (São Paulo)**, v. 13, n. 154, p. 138-43, 2011. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=144754. Acesso em 15 jan. 2021.

SANTOS, A. C. B.; et al. Associação entre qualidade de vida e estado nutricional em pacientes renais crônicos em hemodiálise. **J Bras Nefrol.**, v. 35, n. 4, p. 279-288, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n4/v35n4a08.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.

SANTOS, B. T. U.; et al. Integralidade do cuidado-permanência na nefrologia: concepções de enfermeiros*. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, e03523, 2019a. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03523.pdf>. Acesso em 05 jan. 2021.

SANTOS, C. A. et al. Educação em saúde como instrumento transformador do paciente dialisado: relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 4, p. 2403-2408, 2019b. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1778/1729>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SANTOS, I.; et al. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 335-342, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

SCOTT, J. et al. Social network analysis as an analytic tool for interaction patterns in primary care practices. **Ann Fam Med.**, v.3, n.5, p. 443-8, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466914/pdf/0030443.pdf>. Acesso em 27 set. 2019.

SEIDL, E. M. F.; et al. Pessoas vivendo com HIV / AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad Saúde Pública.**, v. 23, n. 10, p. 2305-16, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/06.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SGNAOLIN, V.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **J Bras Nefrol.**, v. 34, n. 2, p. 109-116, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n2/02.pdf>. Acesso em 22 ago. 2019.

SHAFFER, A.; YATES, T. M. Identifying and understanding risk factors and protective factors in clinical practice. In: M.T. Compton (Ed.), **Clinical manual of prevention in mental health**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, p. 29-48, 2010.

SHIRAZIAN, S. et al. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. **Kidney International Reports.**, v. 2, p. 94 – 107, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5720531/pdf/main.pdf>. Acesso em 22 set. 2020.

SILVA, F. V. C.; et al. Tratamento da Doença Renal Crônica: Estratégias para o Maior Envolvimento do Paciente em seu Auto-Cuidado. **J Bras Nefrol.**, v. 30, n. 2, p. 83-87, 2008. Disponível em: https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/08/jbn_v30n2a3.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

SILVA, A. S.; et al. Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 839-844, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a06v64n5.pdf>. Acesso em 28 nov. 2020.

SILVA, A. S.; et al. Transferência de responsabilidade de pacientes: uma aplicação da análise de redes sociais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, v. 2, n. 2, p. 103-123. 2013b. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/download/79/107>. Acesso em 13 out. 2019.

SILVA, C. A.; FIALHO, J.; SARAGOÇA, J. Análise de redes sociais e Sociologia da acção. Pressupostos teórico-metodológicos. **Revista Angolana de Sociologia**, v. 11, 2013a. Disponível em: <http://journals.openedition.org/ras/361>. Acesso em 12 out. 2019.

SILVA, S. M. et al. Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 24, e2752, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02752.pdf. Acesso 17 out. 2019.

SILVA, P. E. B. B.; MATTOS, M. complicações hemodialíticas na unidade de terapia intensiva. **Rev enfermer UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 1, p. 162-168, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234781/31147>. Acesso em: 26 out. 2020.

SILVA, T. F. **Acolhimento, redes sociais e produção de cuidado**. 206 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, P. A. B. et al. Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p.86, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001708. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/173973>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>. Acesso em 15 set. 2019.

SIMÕES, D. M. P; GARCÍA, F. **A Pesquisa Científica como Linguagem e Práxis**. Rio de Janeiro: Dialogarts, 2014.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SNYDER, J. J.; FOLEY, R. N.; COLLINS, A. J. Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. **Am J Kidney Dis.**, v. 53, n. 2, p. 218-228, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664624/pdf/nihms92184.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

SOUZA, D. L.; CERQUEIRA, R. M. M. C. de. Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes hemodialíticos. **Diálogos & Ciência**, v. 2, n. 41, 2019.

SOUZA, K. H. J. F. et al. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180263, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180263.pdf>. Acesso em 28 nov. 2020.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n.3, p. 395-405, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v18n3/v18n3a01.pdf>. Acesso em 26 out. 2020.

SOUZA, W. K. S. B.; et al. Automedida da pressão arterial para o controle das cifras tensionais e para a adesão ao tratamento. **Arq Bras Cardiol.**, v. 98, n. 2, p. 167-174, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v98n2/aop00512.pdf>. Acesso em 17 set. 2019.

STOTZ, E. N. Redes sociais e saúde. In: MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. **Informação, Saúde e Redes Sociais: Diálogos de conhecimentos nas comunidades da Maré**. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 2009, p. 27-42.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva.**, n. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a08.pdf> . Acesso em: 26 out. 2020.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 10s, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006150.pdf. Acesso 18 dez. 2019.

TEIXEIRA, R. S.; et al. Participação familiar no tratamento do paciente renal crônico. **Revista Pró-UniversUS.**, v. 4, n. 1, p. 21-24, 2013. Disponível em: <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/509/340>. Acesso em: 15 jan. 2021.

THOMÉ, F. S.; et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. **J. Bras. Nefrologia**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 208-214, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n2/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf. Acesso em 21 ago. 2019.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes Sociais de dois modos: aspectos conceituais. **TransInformação.**, Campinas, v. 25, n3, p. 245-253. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tinf/v25n3/07.pdf>. Acesso em 19 nov. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

TURPIN, R.S.; et al. Patient adherence: present state and future directions. **Disease Management.**, v. 10, n. 6, p. 305-310, 2007. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/dis.2007.106650>. Acesso em 12 dez. 2019.

VALLE, E.A.; et al. A adesão ao tratamento. **Rev. Bras. Clín. Ter.**, v. 26, n. 3, p. 83-86, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-303753?lang=fr>. Acesso 16 dez. 2019.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. New York: Cambridge University Press, 1994.

WERMELINGER, M. et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, p. 54-70, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

WINNICK, S.; et al. How do you improve compliance? **Pediatrics.**, v. 115, n. 6, p. 718-724, 2005. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/115/6/e718.full.pdf>. Acesso em 06 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. WHO Global Report, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Carta da Organização Mundial de Saúde**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 05 jan. 2021.

XAVIER, S. S. M. et al. Na correnteza da vida: a descoberta da doença renal crônica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, edição online, 11p., 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2018.nahead/10.1590/1807-57622016.0834/pt>. Acesso em 28 nov. 2020.

ZANINIA.C. P. L. G. **Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica**. São Paulo: Iplex, 1997. p.7.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: Análise de redes Sociais de Profissionais de Saúde e pessoas tratadas por meio de hemodiálise, que tem como objetivo (s): Analisar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise de um hospital universitário estadual da cidade do Rio de Janeiro. Identificar as redes sociais de profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise. Descrever como a rede social dos profissionais de saúde e clientes com acometimentos renais em hemodiálise se configuram e o papel dos atores nessas redes. Discutir como as relações em rede contribuem para adesão ao tratamento.

Este estudo está em consonância com a Resolução N.º 466 de 12/2012 e Resolução N.º 510 de 07/04/2016, sob o parecer consubstanciado do CEP sob o parecer N.º 3.766.472 e CAAE 26288519.4.0000.5259.

Este estudo será desenvolvido pela enfermeira mestranda Izabella Andrade da Rocha sob orientação da professora Doutora Helena Maria Scherlowski Leal David. A pesquisa terá duração de sete meses (07) meses, ocorrendo nos meses entre novembro de 2019 a junho de 2020 a se iniciar após apreciação do comitê de ética em pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Caso aceite participar, será realizada uma entrevista com perguntas semiestruturadas e com questões de abordagem sobre 30 minutos. O ambiente a ser realizado a entrevista, será um Hospital Universitário situado no Estado do Rio de Janeiro em sua capital, a qual autorizou o desenvolvimento da pesquisa, contudo, onde será realizada durante horário de funcionamento do hospital.

Os nomes dos participantes serão mantidos em total sigilo, e as respostas serão analisadas criteriosamente; a participação é voluntária e o participante da pesquisa poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma consequência negativa, risco para a vida e/ou qualquer custo. Os riscos envolvidos durante o procedimento são mínimos, tais como: desconforto emocional, constrangimento, choro e medo; porém caso ocorra será

disponibilizado apoio emocional pelo pesquisador da pesquisa e encaminhamento para Psicólogo onde poderá ser acionado e todas as dúvidas com relação à pesquisa poderão ser esclarecidas acerca do desenvolvimento do estudo, para minimização destes riscos a coleta de dados ocorrerá em ambiente que preserve a privacidade e o conforto. Os benefícios relacionados a esta pesquisa consistem em identificar as redes sociais construída por pacientes Renais e profissionais de saúde.

As entrevistas serão mantidas em sigilo e anonimato e após 5 anos terão suas transcrições incineradas. Há segurança de que não haverá em tempo alguma despesa financeira para os participantes da pesquisa, bem como a garantia de que as informações coletadas serão utilizadas somente na construção desta pesquisa, e ficarão sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada pelo participante a qualquer momento.

Este documento será disponibilizado em duas vias, sendo uma delas do participante e a outra do pesquisador responsável. Ambas vias deverão assiná-las e nelas constará o número do telefone utilizado para contatar com a pesquisadora principal que poderão auxiliá-lo em caso de dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Rio de Janeiro, ___/___/___

Pesquisadora

Izabella Andrade da Rocha – Tel.: 98110-5989

Pesquisadora orientadora

Helena Maria Scherlowski Leal David– Tel.: 988940355

Eu, _____,

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ___/___/___

Assinatura da (o) entrevistada (o)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030 - UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO - Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

AOS PROFISSIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	
Entrevista nº:	Data: ____/____/____
1. Nome:	
2. Sexo: M () F ()	
3. Idade:	
4. Tempo de atividade profissional: _____ anos.	
5. Pós-Graduação: () S () N () Não se aplica. Se sim, qual? _____.	
6. Tipo de vínculo empregatício: _____.	
7. Possui outro vínculo empregatício: () S () N. Se sim, qual? _____.	
8. Renda mensal: _____.	
Questões Norteadoras	
1ª) Cite até 5 (cinco) profissionais que você acha que mais ajudam na adesão ao cuidado. “”	
2ª) Como ocorre o atendimento da DRC no hospital? “”	
3ª) Quais são os profissionais que mais lhe ajudam no trabalho e quais são os tipos de relação no atendimento da DRC? “”	
4ª) Qual o profissional que mais se destaca no atendimento a DRC no hospital? “”	
5ª) Como você percebe esse atendimento incluindo a gerência e a assistência? “”	
6ª) Qual é o seu papel no atendimento dos pacientes com DRC? Como você acha que as pessoas percebem esse papel? “”	
7ª) Quais as principais dificuldades no atendimento a DRC no hospital? “”	
8ª) Como os pacientes integram a rede social do serviço? “”	
9ª) Existe alguma rede entre o paciente? Como é? Qual a função dessa rede? “”	

AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DRC

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE
Entrevista nº _____ . Data: ____/____/____
1. Nome: _____
2. Sexo: M () F ()
3. Idade: _____ anos
4. Profissão: _____
5. Sexo: M () F ()
6. Raça: _____
7. Escolaridade: _____
8. Situação Conjugal: _____
9. Caracterização da Amostra
HD () Tempo de tratamento: _____ ano (s)
10. Possui vínculo empregatício: () S () N. Se sim, qual? _____.
11. Renda mensal: _____.
Questões Norteadoras
1ª) Cite até 5 (cinco) profissionais que você acha que mais ajuda na adesão cuidado.
2ª) Quais áreas profissionais presta assistência a você no tratamento da DRC?
3ª) Quando você tem dúvidas ou problemas relacionados com a doença ou tratamento a quem você recorre?
4ª) Quais Profissionais de saúde você mantém contato desde que descobriu a doença?
5ª) Como esses profissionais da saúde influenciam no seu tratamento?
6ª) Como você vê a relação que se construiu entre você e o profissional de saúde a partir da sua doença?
7ª) Como estes profissionais integram a sua rede social?

ANEXO – Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE REDES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

Pesquisador: Izabella Andrade da Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26288519.4.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.766.472

Apresentação do Projeto:

Consta na PB: " Esta pesquisa que tem como Objeto As Redes Sociais de Profissionais e Pacientes Renais Crônicos, sendo a pesquisa realizada em um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro. Parte-se da seguinte pergunta de pesquisa: como as Rede Social de profissionais de Saúde e pacientes Renais Crônicos se organizam (ou configuram) e se estruturam durante todo processo de doença e tratamento? Que papeis os atores das RS desenvolvem na adesão ao cuidado e sua importância? Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. Inicialmente será trabalhado a abordagem quantitativa, sendo empregada a metodologia de Analise de Redes Sociais. Optou-se pela análise das redes sociais com enfoque sociocêntrico, pois se propôs ao estudo dos elos existentes entre os diversos profissionais envolvidos no atendimento aos casos de Doença Renal Crônica em tratamento dialítico."

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o autor: "Objetivo Primário: Analisar as redes sociais de profissionais e pacientes renais crônicos em uma unidade de terapia renal substitutiva de um Hospital Universitário público da cidade do Rio de Janeiro. E Objetivo Secundário: Identificar as redes sociais de profissionais de saúde e pacientes Renais Crônicos.; Descrever como a Rede social dos profissionais de saúde e pacientes Renais Crônicos se configuram e o papel dos atores nessas redes; Discutir como as

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

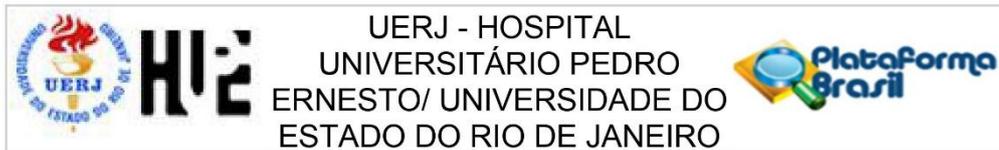
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.766.472

relações em rede contribuem para adesão ao tratamento."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com registro na PB: "Os riscos envolvidos durante o procedimento são mínimos, tais como: desconforto emocional, constrangimento, choro e medo; porém caso ocorra será disponibilizado apoio emocional pelo pesquisador da pesquisa e encaminhamento para Psicólogo onde poderá ser acionado e todas as dúvidas com relação à pesquisa poderão ser esclarecidas acerca do desenvolvimento do estudo, para minimização destes riscos a coleta de dados ocorrerá em ambiente que preserve a privacidade e o conforto. Os benefícios relacionados a esta pesquisa consistem em identificar as redes sociais construída por pacientes Renais e profissionais de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem consistência e adequação teórica e metodológica; atende aos requisitos éticos; as referencias estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- 1- folha de rosto: adequada
- 2- Carta de Anuência da Instituição (3): adequada
- 3- cronograma: adequado
- 4- TCLE - adequado.
- 5- instrumento de coleta de dados- adequado
- 6- projeto de pesquisa- adequado

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, a Notificação sobre o Envio de Relatório Final pode ser enquadrada na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo	CEP: 20.551-030
Bairro: Vila Isabel	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253	E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com