

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE - UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Isabel Corrêa Pacheco

**As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal
crônica**

Governador Valadares

2013

ISABEL CORRÊA PACHECO

**As multiterritorialidades envolvidas no tratamento
da insuficiência renal crônica**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Área de Concentração: Estudos Territoriais

Orientador: Prof. Dr. Mauro Augusto dos Santos

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2013

ISABEL CORRÊA PACHECO

**AS MULTITERRITORIALIDADES ENVOLVIDAS
NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Governador Valadares, de de 2013.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Mauro Augusto dos Santos - Orientador
Universidade Vale do Rio Doce

Prof.
Universidade

Prof
Universidade

Ao meu esposo Fabiano e à minha filha Alice:

Motivos de todo o meu esforço e dedicação...

Exemplos de amor!

A todos os pacientes renais crônicos com os
quais tive a oportunidade de conviver e
aprender um pouco sobre a luta pela vida.

AGRADECIMENTOS

A meu pai, **José Roberto Corrêa**, pelo apoio de sempre e pelo legado de família.

A minha mãe, **Rosange Correia de Mello**, pelo amor, tolerância e exemplo de esperança.

Às minhas irmãs, **Raquel e Gabriela**, convivência belíssima!

Aos meus irmãos **José Roberto e Bruno**, presentes de Deus!

Às minhas avós, **Edda e Lourdinha**, pelo amor e carinho!

Ao meu Orientador Prof. Dr. **Mauro Augusto dos Santos**, pela confiança no meu trabalho e disponibilidade incondicional para ajudar.

À minha Co-Orientadora Prof.^a Dra. **Suely Maria Rodrigues**, pela valiosa contribuição para a conclusão do meu trabalho.

À Profa. Dra. **Rita Cristina** pelos ensinamentos e incentivos indispensáveis para a conclusão deste estudo. Além das contribuições na Banca de Qualificação.

A todos os professores do programa de Mestrado, em especial àqueles que ministraram as disciplinas que eu cursei e com os quais tanto aprendi!

Aos colegas do Mestrado pela convivência durante este tempo.

À Secretária do Programa de Mestrado, **Neuza Santos**, pela disponibilidade, presteza e agilidade com as quais sempre me atendeu.

Aos funcionários dos Hospitais Filadélfia e Santa Rosália pelo apoio à realização da pesquisa.

“Quem me chamou
Quem vai querer voltar pro ninho
Redescobrir seu lugar
Pra retornar
E enfrentar o dia-a-dia
Reaprender a sonhar

Você verá que é mesmo assim
Que a história não tem fim
Continua sempre que você responde sim
à sua imaginação
à arte de sorrir
Cada vez que o mundo diz não

Você verá que a emoção começa agora
Agora é brincar de viver
Não esquecer
Ninguém é o centro do universo
Que assim é maior o prazer

Você verá que é mesmo assim...

E eu desejo amar
A todos que eu cruzar
Pelo meu caminho
Como eu sou feliz, eu quero ver feliz
Quem andar comigo,
Vem...”

Guilherme Arantes

RESUMO

A insuficiência renal crônica é uma doença de elevada morbidade e mortalidade que acomete milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil, apresenta-se também como um grande desafio para a saúde pública, devido ao crescente número de pacientes em hemodiálise. O paciente renal crônico em tratamento dialítico se submete a uma transformação abrupta do seu cotidiano que impacta em vários aspectos da vida. O adoecimento implica uma convivência com o território do tratamento de hemodiálise. Esta realidade significa a coexistência de múltiplos territórios. A percepção do paciente frente a essa multiplicidade traduz as multiterritorialidades. Este estudo teve como objetivos: identificar as multiterritorialidades envolvidas no tratamento de hemodiálise, caracterizar o perfil do paciente de hemodiálise dos dois serviços de Teófilo Otoni e descrever o território espacial das duas unidades dialíticas do município. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. A população foi constituída pelos dados do SYS/NEFRODATA, representando um total de 316 pacientes em tratamento de hemodiálise. Os dados coletados revelaram o seguinte perfil do paciente: a maioria é composta por adultos de meia idade e idosos (75%), com predominância do sexo masculino (61%), com baixo nível de escolaridade (74%), casados (53%), não residentes no município de Teófilo Otoni (70%) e se submetem ao tratamento hemodialítico há dois anos ou menos (48%). Quanto ao território espacial da pesquisa, esta contempla uma área de abrangência com 57 municípios da macrorregião nordeste (Teófilo Otoni) e 6 da macrorregião Jequitinhonha (Diamantina). Os dois serviços de hemodiálise analisados atendem também a alguns municípios do sul da Bahia e norte do Espírito Santo. Este território é marcado por dificuldades socioeconômicas significativas que se refletem nas condições biopsicossociais das populações atendidas. Foram também realizadas 8 entrevistas semiestruturadas com indivíduos adultos com faixa etária entre 30 e 65 anos, sendo 4 do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Dos indivíduos selecionados, 4 eram pacientes do Hospital Santa Rosália e 4 do Hospital Filadélfia. Além disso, 4 entrevistados residiam no município de Teófilo Otoni e 4 em outros municípios. Os dados qualitativos foram analisados segundo a técnica da “Análise de Conteúdo”, com as informações sendo agrupadas em categorias e as falas analisadas dentro de cada tema. As categorias trabalhadas foram: *Significado da vida antes do adoecimento*, *Significado da vida após a doença e o tratamento*, *A família na hemodiálise*, *Atividade realizada pelo paciente enquanto está na hemodiálise*, *Percepção sobre o tratamento de hemodiálise*, *Significado das viagens para o tratamento e Teófilo Otoni como opção de território para viver*. O estudo permitiu conhecer as mudanças biopsicossociais vivenciadas pelos pacientes após o tratamento de hemodiálise. Os discursos demonstraram que os pacientes entendem a hemodiálise como forma de sobrevivência e, apesar das dificuldades enfrentadas, conseguem se adaptar ao tratamento. As viagens são cansativas, mas eles preferem se submeter a elas a perder o vínculo com o seu território de origem. O tratamento não permite um desenraizamento, mas promove a coexistência de múltiplos territórios e suas multiterritorialidades. Pode-se concluir que o estudo apontou a necessidade de ações interssetoriais que valorizem a dimensão subjetiva do paciente, com políticas públicas que contemplem as multiterritorialidades envolvidas no tratamento da hemodiálise.

Palavras-chave: Multiterritorialidade. Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise.

ABSTRACT

Chronic renal insufficiency is a high morbidity and mortality disease that affects million people all over the world. In Brazil, it is a great challenge to public health due to the increasing number of patients on hemodialysis. Chronic renal patients on dialysis undergo an abrupt change of their routines, with consequences on many aspects of their lives. The disease leads to coexistence with the territory where hemodialysis occurs. It means the coexistence of multiple territories. The perception of the patient facing this multiplicity translates multiterritorialities. The principal objectives of this study were: to identify the multiterritorialities involved in hemodialysis and to characterize the profile of the patients from the two hemodialysis services of Teófilo Otoni, describing their territories. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach. Population data were obtained from SIS/ NEFRODATA, an Information System from Ministry of Health. It was 316 patients on hemodialysis. The data showed the following profile of the patient: most of them are middle-aged adults and seniors (75%), predominantly male (61%), with low level of education (74%), married (53%), not living in Teófilo Otoni (70%) and on hemodialysis for two years or less (48%). About the territory where the research took place, it includes 57 counties in Northeastern Macroregion (Teófilo Otoni) and 6 counties in Jequitinhonha Macroregion (Diamantina). Both services analysed have patients from the south of Bahia and north of Espírito Santo. This territory is characterized by significant socioeconomic difficulties that can be seen in the biopsychosocial conditions of the population. Eight semi-structured interviews were made with adults aged between 30 and 65 years, 4 male and 4 female. Among the selected patients, 4 were from Santa Rosalia Hospital and 4 from Philadelphia Hospital. Furthermore, 4 respondents were from Teófilo Otoni and 4 were from other towns. Qualitative data were analyzed using the technique of "Content Analysis" and the information were grouped into categories and the answers analyzed within each theme. The categories used were: *Meaning of life before the disease; Meaning of life after disease and treatment; The family on hemodialysis; Activity performed during hemodialysis; Perception of hemodialysis treatment; Meaning of traveling for treatment and Teófilo Otoni as an option of territory to live.* The study helped identify the biopsychosocial changes faced by patients after hemodialysis. The speeches showed that they understand that hemodialysis is a way of survival and, despite the difficulties, they are able to adapt to treatment. The trips are tiring, but they prefer to travel than lose their connection to the territory of origin. The treatment does not allow an uprooting, but promotes the coexistence of multiple territories and their multiterritorialities. The study showed the need for intersectoral actions that valorize the subjective dimension of the patient, with public policies that take into consideration the multiterritorialities involved in the treatment of hemodialysis.

Key-words: Multiterritoriality. Chronic Renal Insufficiency. Hemodialysis

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Caracterização dos pacientes em TRS por sexo.....	45
Gráfico 2 - Caracterização dos pacientes em TRS por grupo etário.....	46
Gráfico 3 - Caracterização dos pacientes em TRS por estado civil.....	47
Gráfico 4 - Caracterização dos pacientes em TRS por distância entre o município de residência e Teófilo Otoni.....	49
Gráfico 5 - Caracterização dos pacientes em TRS por tempo de tratamento.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Os estágios da insuficiência renal.....	27
Tabela 2 - Caracterização dos pacientes em TRS por escolaridade.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPD - Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CDL - Catéter de Duplo Lúmen
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DRC - Doença Renal Crônica
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DVP - Doença Vascular Periférica
F - Feminino
Grupo HP - Grupo Hospital Filadélfia
Grupo HSR - Grupo Hospital Santa Rosália
HP - Hospital Filadélfia
HSR - Hospital Santa Rosália
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IRC - Insuficiência Renal Crônica
K/DOQI - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
M - Masculino
OMS - Organização Mundial de Saúde
SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
STRS - Serviço de Terapia Renal Substitutiva
SYS/NEFRODATA - Sistema de dados dos Serviços de Nefrologia
TRS - Terapia Renal Substitutiva
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UNIPAC - Universidade Presidente Antônio Carlos
UNIVALE - Universidade Vale do Rio Doce

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 TERRITÓRIO E MULTITERRITORIALIDADES.....	17
2.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE.....	26
3 METODOLOGIA	39
3.1 INTRODUÇÃO.....	39
3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	39
3.3 UNIVERSO DO ESTUDO.....	39
3.4 AMOSTRA.....	40
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	40
3.5 LOCAL DO ESTUDO.....	41
3.6 COLETA DE DADOS.....	41
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
3.8 TRATAMENTO DE DADOS.....	42
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	44
4.1.1 Caracterização da população estudada	44
4.1.2 Perfil do paciente com IRC	44
4.1.3 Território espacial dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva	51
4.2 DADOS QUALITATIVOS.....	52
4.2.1 As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE	87
ANEXOS	93

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em lesões irreversíveis e perda progressiva da função dos rins caracterizada pela fase terminal da doença (ROMÃO JÚNIOR, 2004). É uma doença multifatorial, de alta morbidade e mortalidade que acomete milhões de pessoas no Brasil e em todo o mundo.

O diagnóstico da IRC terminal faz com que o paciente, para possibilitar a sua sobrevivência, tenha que se submeter ao tratamento de Terapia Renal Substitutiva, tratamento esse que pode acarretar uma série de consequências devido às mudanças e perdas enfrentadas pelo paciente.

A situação de adoecimento e tratamento revela, na maioria das vezes, um processo de fragmentação do paciente, ocasionado por fatores como: separação da família, perda da capacidade produtiva para o trabalho, diminuição das redes de relações, mudanças corporais, desgaste semanal com as viagens, inconstâncias do tratamento, incertezas da vida e temor da morte.

Diante deste cenário e frente aos avanços tecnológicos para tratamentos desta doença, reconhece-se um movimento que busca promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos pacientes renais crônicos. Uma vez que a terapêutica permite uma sobrevida do paciente, passa a ser imprescindível compreender em que condições este está vivendo. Para isso, é importante perceber a saúde não apenas como ausência de doença, não somente como completo bem estar, mas também como uma experiência vivida em um dado tempo e espaço por cada ser humano, nas suas especificidades, de maneira ampla e dinâmica. Portanto, a vivência do adoecimento pressupõe toda uma complexidade que não pode ser desconsiderada.

Segundo Czeresnia (2003), a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é pela palavra que a pessoa doente consegue externar seu sofrimento e sua dor.

Assim, o estudo do *território* e da multiterritorialidade viabiliza a abordagem destas questões de maneira interdisciplinar e vislumbra uma discussão que pode propiciar uma visão mais integrada do paciente renal crônico.

O presente estudo teve como objetivos: identificar as multiterritorialidades no contexto dialítico vivenciadas pelos pacientes em tratamento, caracterizar o perfil do paciente com IRC no contexto da Terapia Renal Substitutiva dos dois centros de diálises de Teófilo Otoni, município do estado de Minas Gerais e descrever o território espacial atendido pelas duas unidades dialíticas.

Contudo, é importante compreender e dimensionar os eventos que influenciam a adesão ao tratamento – sejam eles de ordem espacial ou emocional – a fim de que se consiga direcionar políticas públicas de saúde que promovam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Não adianta melhorar a sobrevida dos pacientes, se não se promover uma redução das vulnerabilidades humanas. É sabido que o diagnóstico da IRC está diretamente ligado às condições de vida da população e por isso as ações preventivas para essa doença estão relacionadas aos investimentos no acesso primário à saúde.

Alguns dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia confirmam esta informação: cerca de 62,0% dos diagnósticos de IRC no Brasil tiveram como causas principais, a diabetes e a hipertensão arterial, morbidades que estão inteiramente relacionadas com os hábitos de vida da população e cuidados primários em saúde (SBN, 2010).

Uma vez que o município de Teófilo Otoni está situado numa região carente e ao mesmo tempo estratégica para a assistência à saúde, conseguir caracterizar as particularidades territoriais e espaciais dessa região passa a ser um mecanismo considerado um “divisor de águas”. Os indicadores levantados através da pesquisa poderão ser utilizados para uma análise mais criteriosa do cenário local, possibilitando que sejam sugeridas medidas de intervenção diretas e concretas.

Em Teófilo Otoni existem dois centros de diálises que operam com capacidade máxima, atendendo a uma grande região que compreende toda a macrorregião Nordeste e alguns municípios da macrorregião do Jequitinhonha, ambas no estado de Minas Gerais; municípios ao norte do estado do Espírito Santo e ao sul do estado da Bahia. São pacientes que saem dos

seus municípios três vezes por semana, percorrendo, em alguns casos, mais de 1.500 quilômetros em um curto intervalo de tempo. Os aspectos biopsicossociais que integram o tratamento dialítico são variados, sendo, portanto, necessário considerar o contexto espacial e temporal onde as rotinas das pessoas se estabelecem.

“Para atuar junto à diversidade de grupos populacionais faz-se necessário o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização que nos permitem identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações do território.” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p.178).

Assim, a pesquisa sobre este tema poderá viabilizar um panorama para o redimensionamento do tratamento do renal crônico na região, tendo como premissa básica a qualidade de vida do paciente, ressaltando que qualidade de vida é muito mais que a oposição saúde/doença.

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.8).

Na experiência com os pacientes renais percebe-se que a atuação do psicólogo é influenciada diretamente pelas peculiaridades da rotina desses pacientes. Isto é, para se compreender os aspectos psíquicos do paciente renal, é necessário também levar em consideração as características territoriais do cotidiano dialítico. O trabalho do psicólogo requer ainda mais uma visão biopsicossocial do doente, pois a rotina do tratamento implica deslocamento constante do paciente, levando ao afastamento familiar, à perda da capacidade produtiva e ao cansaço físico-emocional, entre outras particularidades.

Dessa forma, este estudo será também importante para os psicólogos, uma vez que levanta a possibilidade de que eles, através da mudança do perfil profissional, ampliem seu território de atuação, normalmente restrito aos consultórios, passando a atuarem em territórios institucionais complexos e tendo, cada vez mais, uma atuação efetiva nos contextos das políticas públicas de saúde no Brasil.

Segundo Spink (2007), aos psicólogos cabem novas perspectivas de atuação nesse cenário que, de certo modo, explicam sua inclusão em equipes de hospitais, ambulatórios, centros de saúde e demais modalidades de serviço, não mais circunscritos às tarefas tradicionais de psicodiagnóstico e psicoterapia.

Outro aspecto relevante é que esta é uma região carente de trabalhos e de pesquisas nesta área, sendo de fundamental importância que este debate seja levado para dentro do meio acadêmico, o que também pode contribuir para que sejam propostas políticas públicas voltadas para a realidade do paciente renal crônico.

Finalmente, os resultados deste trabalho poderão também ser divulgados aos pacientes e familiares, possibilitando aos mesmos conhecer e discutir a realidade do doente renal crônico, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

O trabalho foi dividido em capítulos, assim apresentados:

- O primeiro buscou explorar as diferentes concepções de território e multiterritorialidade, analisando as relações entre elas e a IRC.
- O segundo capítulo pretendeu demonstrar a transição epidemiológica da IRC e a caracterização histórica do tratamento de hemodiálise.
- No terceiro capítulo, buscou-se delinear o perfil do paciente renal crônico atendido nos dois centros de diálise de Teófilo Otoni e descrever o território espacial neste cenário. Além disso, foi feita a análise dos dados coletados no SYS/NEFRODATA e dos aspectos encontrados nas entrevistas, demonstrando de forma detalhada as multiterritorialidades existentes no tratamento dialítico.
- O quarto capítulo foi destinado às considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TERRITÓRIO E MULTITERRITORIALIDADES

O estudo do território tem sido uma importante ferramenta para a análise dos processos de saúde e das variabilidades em que as doenças se apresentam, proporcionando formas diferenciadas de análise do tratamento de algumas enfermidades e contribuindo para a reestruturação das políticas públicas de saúde. Além disso, a utilização da dimensão territorial como instrumento para uma prática em saúde favorece a valorização da singularidade humana e possibilita a compreensão multifatorial das questões em saúde.

Segundo Monken e Barcellos (2005), o território do distrito sanitário caracteriza-se por um perfil populacional, vivendo em determinado tempo e espaço, com problemas de saúde específicos em cada um dos serviços de saúde existentes. É um território em permanente construção, com uma extensão geográfica, um perfil epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural. O reconhecimento desse território é essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Proporciona, pois, um real conhecimento do perfil populacional, das suas dificuldades e necessidades advindas da análise dos serviços de saúde. Ou seja, o território é um instrumento de grande relevância para as práticas em saúde.

O conceito de *território* tem sido discutido por diversos autores (HAESBAERT, 2005; RAFFESTIN, 1993; SAQUET, 2010) e todos, apesar das diferenças conceituais, compreendem e compartilham a ideia de um território atrelado às relações de poder.

Para Raffestin (1993), a construção do território revela relações marcadas pelo poder, sendo este exercido por pessoas ou grupos. Esta afirmativa considera o homem como premissa básica para o território e o poder como imprescindível, ou seja, falar de território é ao mesmo tempo considerar a presença humana e os poderes que dela emergem.

Nesta configuração, dada por Raffestin (1993), o território é uma consequência da existência humana em um determinado espaço, ou seja, o espaço precede ao território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente [...] o ator “territorializa” o espaço (RAFFESTIN, 1993). Além disso, o território seria caracterizado por ser o palco de diversas relações que se expressam em formas de poder. O território se apóia no espaço, mas não é exatamente o espaço. Pode ser considerado uma produção a partir do espaço e, em função de todas as relações que envolve, se inscreve num campo de poder (RAFFESTIN, 1993). O poder faz parte de todos os níveis de relações sociais.

O espaço preexiste ao território. Na medida em que há presença humana neste espaço, ele se “*transforma*” em território. Este é o processo de *territorialização*, ou seja, a ocupação e a apropriação do espaço pelo homem promovem a emergência do território. Uma vez que o território se constitui pela existência humana e pelas relações que nele se estabelecem, surge então, de maneira inquestionável, um campo propício para a emergência do poder. De acordo com Saquet (2010), o poder faz parte da vida cotidiana e, conseqüentemente, as práticas em saúde estão integradas a essa realidade. Para ele, as relações de poder englobam todas as formas de relacionamento existentes.

“Relações de poder que estão nas famílias, nas universidades, no Estado em suas diferentes e complementares instâncias, nas fábricas, na igreja... enfim, em nossa vida cotidiana. Relações que são vividas, sentidas e, às vezes, percebidas e compreendidas diferentemente. Assim são os territórios e as territorialidades: vividos, percebidos e compreendidos de formas distintas; são substantivados por relações, homogeneidades e heterogeneidades, integração e conflito, localização e movimento, identidades, línguas e religiões, mercadorias, instituições, natureza exterior ao homem; por diversidade e unidade; (i)materialidade. Eis do que estou tratando” (SAQUET, 2010, p. 25).

Se o poder está presente em todos os níveis de relações sociais, faz parte também do universo das políticas públicas de saúde e dos cenários onde elas se manifestam. As práticas sanitárias precisam ser compreendidas levando sempre em consideração este contexto. O território da saúde não é apenas um espaço geográfico, é um todo circunscrito por aspectos singulares da condição humana, por dados epidemiológicos, pela situação sociocultural desses grupos e pelas relações de poder que ali se presentificam.

O atendimento de hemodiálise oferecido aos usuários com IRC, quase sempre é estabelecido por contato com a equipe multiprofissional, com os outros usuários/colegas de tratamento, e com alguns indivíduos envolvidos com esse procedimento. Na maioria das vezes essas pessoas, individualmente ou em grupo, exercem poderes neste território, dentro do qual essas relações são estabelecidas. Portanto, o território da IRC é constituído pelas relações sociais estruturadas na execução das rotinas diárias, estando o poder implícito ou explícito. A relação médico-paciente normalmente, se constrói pelo poder sutil que culturalmente se atribui à figura do médico. O fato de alguém estar doente e o outro, supostamente não, já coloca o médico em uma posição hierarquicamente superior em relação ao paciente. Normalmente, a doença é algo que fragiliza e destitui o ser humano da sua condição ativa. Ou seja, a própria situação de “paciente” pressupõe uma submissão. Desta forma, o território da IRC também compreende um espaço em que vivem pessoas, que se interagem com suas peculiaridades (cultura, valores, costumes, educação e condições sociais) e que permite a emergência de relações de poder.

Segundo Campos (2003), o território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação e de acesso à educação. E o seu saber é preexistente como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade.

O poder aparece também, nas relações que se estabelecem entre usuários e gestores de saúde. São relações pautadas por enormes lacunas (má gestão do dinheiro público, corrupção, desvalorização do usuário do SUS, desqualificação de alguns profissionais da saúde, falta de informação por parte do usuário, gestão centralizadora, entre outras circunstâncias) que dificultam o acesso à saúde e promovem distanciamentos significativos para a qualidade da prestação destes serviços.

Percebe-se que o poder aparece em diversas situações no território hemodialítico e permeia as relações que lá se concretizam. Desta forma, as relações de poder se manifestam nas práticas em saúde de tal forma que os próprios princípios do Sistema Único de Saúde foram determinados na tentativa de amenizar os desníveis oriundos destas disparidades socioeconômicas nos serviços de saúde do país.

Princípios que a Constituição definiu para o SUS: universalidade, que o faz acessível a todo o povo, independente de cor, sexo, etnia, religião, moradia e idade; integralidade, que o responsabiliza pelo cuidado de todas as necessidades e demandas das pessoas e das coletividades; e participação social, referindo a democracia participativa na formulação de políticas e na gestão do sistema e apostando que, assim, os serviços possam funcionar em melhor sintonia com as reais necessidades da população (BRASIL, 2007, p. 10).

A participação de todos os envolvidos nos processos de produção de saúde passa a ser uma prioridade como forma de construção e exercício da cidadania. Esta nova configuração para os serviços de saúde pressupõe um redimensionamento das relações de poder que lá existem.

O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas. Ao poder médico, ao poder dos agentes de saúde e ao poder dos gestores, voltados seja para a eficiência e/ou eficácia ou para a redução de custos, confrontam-se o poder das empresas e o poder do Estado, ao mesmo tempo em que se agrega o poder da sociedade organizada, da sociedade civil enquanto conjunto de cidadãos, sujeitos de direitos. É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão da saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos. (BRASIL, 2006, p. 18-19).

Portanto, pode-se perceber que os aspectos territoriais passam a ser imprescindíveis neste novo cenário do SUS, em especial sendo pilar da vigilância em saúde.

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim, consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc (CAMPOS, 2003, p. 578).

Para Haesbaert (2004), o território pode ser considerado como um palco de manifestações de poder, e é acrescido de um significado simbólico. Esse aspecto ressaltado por Haesbaert possibilita discussões acerca do paciente renal crônico e suas vicissitudes. O território simbólico seria cada paciente, dentro de sua singularidade.

Segundo Sposito (2004), o território possui três aspectos essenciais: o jurídico-político, onde o território é visto como um espaço controlado sobre o qual se exerce um determinado poder; o econômico, que destaca a desterritorialização em sua perspectiva material, e o cultural, que

se caracteriza pelas dimensões simbólicas e subjetivas. Sendo este último, representante de cada paciente nas suas especificidades.

Apesar do tratamento de hemodiálise ser realizado dentro de um mesmo território, cada paciente traz consigo seus múltiplos territórios e suas multiterritorialidades. São diversas histórias, culturas, hábitos, religiões, identidades e saberes. Cada paciente traduz uma unicidade que ao mesmo tempo reflete sua variabilidade.

Haesbaert (2005) ressalta que todo território é, necessariamente, a combinação de aspectos funcionais e simbólicos, uma vez que “exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar ‘funções’ quanto para produzir ‘significados’”. Portanto, todo território é obrigatoriamente ao mesmo tempo, e em diferentes combinações, funcional e simbólico. Segundo o mesmo autor, “enquanto ‘espaço-tempo vivido’, o território é sempre múltiplo, diverso e complexo” (HAESBAERT, 2005, p. 6776).

O território, como espaço dominado e/ou apropriado, manifesta hoje um sentido multi-escalar e multidimensional que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, de multiterritorialidade. E toda ação que se pretenda transformadora, hoje, necessita, obrigatoriamente, encarar esta questão: ou se trabalha com a multiplicidade de nossos territórios, ou não se alcançará nenhuma mudança efetivamente inovadora (HAESBAERT, 2005, p. 6790).

Ao se pensar o Serviço de Terapia Renal Substitutiva, faz-se referência à característica material ou funcional do território. Já o doente renal crônico é mencionado através do território simbólico. Essa divisão é apenas para facilitar uma maior compreensão dos termos, pois não há intenção de separar território funcional de território simbólico. É exatamente o contrário. Ao se mostrar estas várias facetas do território, disponibiliza-se uma multiplicidade como pré-requisito para a multiterritorialidade. Destarte, para uma discussão acerca da IRC e do território, é necessário considerar a complexidade e a multiplicidade existente nesta relação. É justamente através dessas características que a multiterritorialidade aparece como uma condição imprescindível para esta reflexão.

Haesbaert (2005) ressalta ainda a multiplicidade de territórios como condição *sine qua non*, necessária, mas não suficiente, para que haja manifestação da multiterritorialidade. O autor faz uma diferenciação entre “múltiplos territórios” e “multiterritorialidade”. Ele encontra como contribuição, o estudo do antropólogo colombiano Zambrano (2001) que utiliza os termos “pluralidade de territórios” e “territórios plurais”. Apesar da semelhança dos termos,

ele os considera distintos, determinando, como premissa, sua relação de proximidade ou não com o conceito de multiterritorialidade. Isso significa que a existência de múltiplos territórios não traduz obrigatoriamente uma multiterritorialidade. Os vários territórios ou a *pluralidade dos territórios* configuram essa multiplicidade que pode ou não propiciar a manifestação da multiterritorialidade.

Percebe-se uma maior aproximação do conceito de *territórios plurais* com a noção de multiterritorialidade, pois consegue abarcar além da multiplicidade dos territórios, uma dimensão que permite perceber as formas em que o homem lida com esse território. O conceito de *territórios plurais* dado por Zambrano é muito parecido com o que Haesbaert considera *multiterritorialidade*.

[...] a existência do que estamos denominando multiterritorialidade, pelo menos no sentido de experimentar vários territórios ao mesmo tempo e de, a partir daí, formular uma territorialização efetivamente múltipla, não é exatamente uma novidade, pelo simples fato de que, se o processo de territorialização parte do nível individual ou de pequenos grupos, toda relação social implica uma interação territorial, um entrecruzamento de diferentes territórios. Em certo sentido, teríamos vivido sempre uma “multiterritorialidade. (HAESBAERT, 2004, p. 344).

Saquet (2010) também discute sobre as diferentes interpretações acerca do conceito de território. Para ele, no território, existe uma pluralidade de sujeitos, com suas reciprocidades, contradições, com suas identidades. O seu conceito de território multifuncional, também está alinhado ao pensamento de Haesbaert (2004).

Contextualizando com a realidade do tratamento de hemodiálise, a multiplicidade de territórios sempre estará presente não somente pelo contínuo deslocamento dos pacientes, mas também pela justaposição de realidades distintas, de formas de agir e de pensar, de identidades múltiplas, de uma complexidade presente em cada singularidade. O paciente com IRC vivencia, além da diversidade de territórios, a imensa variabilidade de subjetividades que se interagem e muitas vezes se transformam no decorrer do tratamento dentro destes territórios.

Multiterritorialidade inclui assim uma mudança não apenas quantitativa – pela maior diversidade de territórios que se colocam ao nosso dispor (ou pelo menos das classes mais privilegiadas) – mas também qualitativa, na medida em que temos hoje a possibilidade de combinar de uma forma inédita a intervenção e, de certa forma, a vivência, concomitante, de uma enorme gama de diferentes territórios (HAESBAERT, 2005, p. 6786).

O tratamento da IRC traduz uma multiterritorialidade explicitada pelo que Haesbaert (2005) denomina “conectividade virtual”, isto é, pela capacidade de interação à distância e integração de diversos territórios. Por outro lado, esta conectividade tem um sentido diferente. Ela é imposta pela obrigatoriedade do tratamento. Sendo assim, pode ser vivenciada e significada pelo paciente distintamente e talvez não seja entendida como um privilégio, mas como um pesar. Qual o significado dado pelo paciente à sua convivência nestes territórios plurais? Como estas multiterritorialidades interferem no seu cotidiano? O doente renal crônico, ao se inserir no território do tratamento de hemodiálise, se mantém conectado aos seus outros múltiplos territórios?

O tratamento de hemodiálise pressupõe, para o paciente, uma rotina marcada pelas multiterritorialidades. Isto quer dizer que o paciente renal vivencia, em um pequeno intervalo de tempo, um contato com diversos territórios que se comunicam, se misturam e se transformam pela maneira singular de cada experiência. Cada um dos territórios envolvidos promove uma variabilidade de significados que estão para além do território do tratamento. São exatamente estas territorialidades, traduzidas em imagens e percepções que promovem a ultrapassagem do limite dos territórios.

O paciente deixa temporariamente o seu território de origem para conviver com o território do Serviço de Terapia Renal Substitutiva – serviço oferecido ao paciente para tratamento da IRC, local de realização das sessões de hemodiálise. Nesse sentido, o território visto de forma dinâmica, caracterizado pelo seu movimento em redes, múltiplo e em constante transformação, retrata o cotidiano do doente renal crônico. Não podemos considerar apenas a mobilidade traduzida nas viagens para o tratamento, mas a articulação constante pelo simples fato de fazer parte destas redes e desta dinâmica relacional. Segundo Haesbaert (2005, p.6788) “a realização da multiterritorialidade contemporânea, fica evidente, envolve como condições básicas a presença de uma grande multiplicidade de territórios e sua articulação na forma de territórios-rede”.

Os territórios-rede aparecem claramente no dia-a-dia do tratamento de hemodiálise, provocando uma simultaneidade de acontecimentos e eventos, que muitas vezes podem dificultar a identificação dos limites de cada território. O doente renal crônico saberia realmente distinguir o território do tratamento hemodialítico do território onde vive com a sua família? Ele se sente membro integrado destes territórios?

A territorialidade diz respeito ao sentimento de fazer parte do território vivenciado pelas pessoas, traduz uma ideia de pertencimento e reconhecimento da própria existência no território. Segundo Saquet (2010), significa recursos, objetos, pessoas, ideologia e gestão; é entendida como recursos e/ou elementos, como o povo e como sentimento de pertencimento ao Estado-Nação. O tratamento de hemodiálise convoca o paciente a uma “obrigatoriedade” de pertencer a um novo grupo, a uma nova realidade, a um outro território, a uma nova vida, em múltiplos territórios.

A IRC e a hemodiálise estabelecem para o paciente um vínculo com o território do tratamento. De forma simultânea, este mesmo paciente “pertence” a outros grupos (família, trabalho, lazer e outros) que pressupõem um processo de enraizamento. Enraizar pode significar também um pertencer. O enraizamento é uma necessidade humana e ele acontece pelo simples fato de se fazer parte de um grupo, representa

[...] talvez a necessidade mais importante e mais desconhecida da alma humana. É uma das mais difíceis de definir. Um ser humano tem raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos de futuro. Participação natural, ou seja, ocasionada automaticamente pelo lugar, nascimento, profissão, meio. Cada ser humano precisa ter múltiplas raízes. Precisa receber a quase totalidade de sua vida moral, intelectual, espiritual, por intermédio dos meios dos quais faz parte naturalmente. (WEIL, 2001, p. 43).

Se o movimento de enraizamento é inerente ao ser humano, parece mais provável que o doente renal crônico tenha a vivência de múltiplas raízes. O fato de se submeter ao tratamento hemodialítico não extingue suas raízes históricas e culturais, mas promove uma coexistência dos territórios.

O tratamento dialítico promove no paciente mais do que um processo de desenraizamento e desterritorialização, mas a construção e a convivência mútua das multiterritorialidades. O paciente renal crônico em tratamento dialítico que reside em municípios distintos do local de tratamento é “obrigado” a interromper quase que diariamente a sua rotina para se submeter a outra: a do adoecimento. Passa então a fazer parte de múltiplos territórios com complexidades diversas.

A multiterritorialidade aparece como uma proposta a esse processo identificado por muitos como “desterritorialização”: mais do que a perda ou o desaparecimento dos territórios, propomos discutir a complexidade dos processos de (re) territorialização

em que estamos envolvidos, construindo territórios muito mais múltiplos ou, de forma mais adequada, tornando muito mais complexa nossa multiterritorialidade. (HAESBAERT, 2005, p. 6774).

Portanto, o processo de tratamento impõe ao paciente um processo contínuo de construção de multiterritorialidades. Qual a percepção do doente renal crônico acerca do território hemodialítico? É preciso compreender estes territórios, ou melhor, as multiterritorialidades envolvidas no tratamento do doente renal crônico, considerando sempre a característica funcional e simbólica de cada um deles.

A territorialidade, além de incorporar uma dimensão estritamente política, diz respeito também às relações econômicas e culturais, pois está intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar (HAESBAERT, 2005, p. 6776).

Dessa forma, a territorialidade é entendida como o sentido dado pelas pessoas acerca do seu próprio território e o tratamento da IRC implica também em seus múltiplos significados. Ao se pensar sobre uma reestruturação dos processos de saúde, o território é, na sua complexidade, de grande relevância para esta análise. Mais especificamente, para a IRC e o tratamento de hemodiálise. O avanço tecnológico proporcionou transformações significativas no tratamento das doenças crônicas. O surgimento de novos medicamentos e de terapêuticas mais eficientes contribuiu para aumentar a expectativa de vida do doente, alertando para a necessidade de considerar o impacto das mudanças na melhora da qualidade de vida do renal crônico. Se o paciente vive mais, é importante avaliar como ele está vivendo. Esses aspectos emergentes da IRC precisam ser investigados como forma de possibilitar um tratamento que realmente considere as necessidades daqueles envolvidos.

Monken e Barcellos (2007) ressaltam que para atuar junto à diversidade de grupos populacionais torna-se imprescindível o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização. Podendo permitir identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando as utilizações e as diferentes apropriações do território.

O território e as multiterritorialidades podem ser instrumentos para uma melhor e maior compreensão dos processos de saúde e em especial, da IRC. Sendo assim, com relação às perspectivas de uma “parceria” entre saúde e território, torna-se necessário readequar as formas de se pensar a saúde na contemporaneidade.

A saúde deve ser compreendida em seus múltiplos aspectos. Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva. O objeto complexo, requer instrumental teórico de nova ordem, não mais referenciado à epistemologia positivista, analítica, e sim a partir de uma perspectiva transdisciplinar, totalizante (BATISTELLA, 2007, p. 79).

Se pensarmos nas tendências atuais de não mais restringirmos o paciente apenas ao biológico, ampliam-se as possibilidades para as questões subjetivas e sociais. Precisamos utilizar estratégias que contribuam para uma visão global do ser humano.

Segundo Campos (2003), o modelo de vigilância da saúde pode ser considerado um eixo estruturante da maneira de se agir em saúde, de se pensar novas diretrizes. Seguindo esse modelo, os problemas de saúde passam a ser analisados e enfrentados de forma integrada, por setores que historicamente têm trabalhado de maneira dicotomizada. Consideram-se os determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os desdobramentos, em termos de doença. Nesse ponto, a vigilância em saúde bem como os aspectos territoriais podem ser sugestões adequadas para um novo modelo de práticas sanitárias que leve em consideração a totalidade humana.

A identificação e a consideração das multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC podem produzir um novo panorama de atendimento ao paciente que realmente valorize seus aspectos biopsicossociais.

2.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença de elevada morbidade e mortalidade que acomete milhões de pessoas em todo o mundo. No Brasil a realidade não é diferente. Trata-se, na atualidade, de um grande desafio para a saúde pública, necessitando ser mais estudada e compreendida.

É uma doença que se manifesta de forma lenta, silenciosa, mas que provoca efeitos importantes e, muitas vezes, devastadores na vida do indivíduo. A IRC possui múltiplas causas e consequências, além de possuir fases distintas durante o seu processo de evolução.

Isso aponta para o fato de ser essencial a identificação do momento da doença, da caracterização do estágio em que ela se encontra para uma adequada escolha do tratamento – principalmente se levarmos em consideração que os primeiros estágios da doença geralmente são assintomáticos.

Segundo a National Kidney Foundation (2002), o médico nefrologista é o profissional responsável pela indicação do tipo de tratamento que o paciente deverá fazer. Esta escolha é determinada por alguns critérios como: presença de afecções renais ou pela taxa de filtração glomerular (TFG). A TFG serve de referência para o médico compreender o nível da função renal, ou seja, é um indicador do estágio da doença. É importante salientar que a progressão da IRC provoca automaticamente redução da TFG. Durante a evolução da IRC existem então cinco estágios que estão descritos abaixo na TABELA 1.

Tabela 1 – Os Estágios da insuficiência renal

Estágio	Descrição	TFG
01	Afecções renais (TFG normal)	90 ou acima
02	Afecções renais com leve redução da TFG	60 a 89
03	Redução moderada da TFG	30 a 59
04	Redução grave da TFG	15 a 29
05	Falência Renal	Menos de 15

Fonte: K/DOQI (2002)

Nos três primeiros estágios da doença, o indivíduo, normalmente, necessitará do tratamento conservador. Esse tipo de terapêutica leva em consideração o controle da pressão arterial, o uso de medicamentos específicos, dietas restritivas e mudanças nos hábitos de vida do indivíduo. O tratamento conservador visa prorrogar ou até mesmo evitar a entrada do paciente em Terapia Renal Substitutiva (TRS), contribuindo para uma melhor condição de vida do mesmo. O tratamento conservador permite um acompanhamento detalhado do paciente de maneira que a indicação da TRS seja planejada, evitando que seja prescrita em caráter de urgência. A preparação e a orientação do indivíduo ao tratamento são aspectos relevantes para uma melhor adaptação e adesão à nova realidade.

O estágio 04 da doença é considerado como um momento de preparação para o início da TRS. O nível da função renal é baixo e provavelmente, em pouco tempo, o paciente necessitará da TRS. Já no 5º estágio a TRS passa a ser então imprescindível para a sobrevivência do paciente. Nessa fase, a do diagnóstico da IRC terminal, o indivíduo apresenta um quadro de falência renal.

O termo IRC sempre foi utilizado com a intenção de determinar a fase terminal da doença, quando ocorre a falência dos rins. Atualmente, tem sido substituído pelo termo Doença Renal Crônica (DRC), que abrange tanto o estágio de falência renal como os estágios em que ainda existe preservação da função renal.

O termo IRC foi substituído pelo termo doença renal crônica (DRC), que designa tanto condições nas quais há perda insidiosa da função renal, quanto condições nas quais há lesão renal com função ainda preservada. Diversas doenças sistêmicas e primárias renais culminam em agressão lenta do parênquima renal, o qual acaba sendo substituído por tecido fibroso, lesão esta irreversível (SETTE, TITAN E ABENSUR, 2010).

Entretanto, o presente estudo se ocupou basicamente da doença renal crônica em fase avançada, no 5º estágio de evolução, onde a TRS é a “opção” para a preservação da vida. Por esse motivo, o termo IRC será mantido na maior parte da discussão do trabalho.

A IRC foi descoberta pelo médico Richard Bright, no século XIX, em Londres. Durante muito tempo ficou conhecida como *Doença de Bright*, que se caracterizava como uma doença silenciosa, pois os sintomas apareciam ao longo da sua evolução. O diagnóstico inicial, muitas vezes tornava-se difícil em função da própria sintomatologia da doença. Em alguns casos, o paciente morria sem o conhecimento definido da doença.

Desde logo ficou claro que a história natural da doença de Bright, nome pelo qual a IRC foi designada durante mais de um século, era a de um processo extremamente insidioso, que podia evoluir sem grandes sintomas durante muitos anos, até que atingisse suas fases finais (ZATZ, 2003, p. 649).

A IRC pode ser considerada uma patologia com consequências de grande repercussão para o indivíduo e precisa ser considerada em sua totalidade, isto é, é necessário entendê-la, traçando seus aspectos epidemiológicos inseridos em um contexto social e histórico. A IRC é uma doença também associada a outras DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) e precisa ser estudada de maneira integrada.

A população mundial e, a do Brasil, vem sofrendo modificações tanto nas formas de manifestação das doenças quanto nas ações relevantes para a busca de soluções dos agravos. Se o perfil sanitário da população está em constante mudança os conhecimentos sobre as manifestações das doenças, como das DCNT, precisam acompanhar essas transformações (FREITAS; GARCIA, 2012).

Tal realidade exige um redimensionamento para o tratamento das doenças crônicas. Existem vários exemplos de DCNT: diabetes, hipertensão, neoplasias, doenças respiratórias e, entre elas, as doenças renais. São patologias consideradas não infecciosas e que se caracterizam por um longo período clínico e por sua irreversibilidade. Esse perfil de moléstia provoca a necessidade de interação de conhecimentos, práticas, técnicas e reflexões que possibilitem uma compreensão do ser humano com sua mobilidade e complexidade.

O Brasil possui vários motivos para o desenvolvimento de estudos sobre as doenças crônicas, principalmente considerando os aspectos relacionados aos determinantes sociais e culturais. São doenças que, na maioria das vezes, estão diretamente ligadas ao comportamento e estilo de vida da população brasileira, o que faz com que, além de fatores como idade, sexo e hereditariedade, existam também fatores comportamentais, tais como: tabagismo, hábitos alimentares ruins, inatividade física, abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas, entre outros. Vale ressaltar que, além da análise sobre a prevalência da IRC, existe a necessidade de se ter também um entendimento sobre como essa doença está relacionada aos hábitos e estilos de vida da população.

Outro ponto relevante é que indivíduos idosos, portadores de doenças cardiovasculares e com histórico de doença renal na família, possuem um maior potencial para o desenvolvimento da IRC. Segundo a SBN (2011), do total de pacientes em diálise no Brasil no ano de 2011, 31,5 % eram idosos. Desta forma, dentro do cenário de acelerado processo de envelhecimento populacional pelo qual passa o Brasil, a IRC se torna ainda mais um objeto de preocupação por parte das autoridades responsáveis pela saúde.

Ao contrário do que ocorria por volta do início do século XX, quando as doenças infecciosas representavam a causa preponderante de mortalidade, os problemas de saúde mais sérios que a medicina enfrenta hoje são as doenças crônico-degenerativas. Sabe-se, atualmente, que os índices de morbidade e de mortalidade estão cada vez mais relacionados a comportamentos e estilos de vida prejudiciais à saúde (ISMAEL, 2005, p. 17).

As doenças crônicas também afetam aspectos econômicos do país. Os investimentos ligados à prevenção e promoção da saúde são fundamentais para que se possa minimizar, no futuro, o alto custo com o tratamento da IRC. Atualmente, segundo a SBN (2011), cerca de 84,9% dessa modalidade terapêutica é subsidiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representando um gasto bastante significativo para os cofres públicos. Uma sessão de hemodiálise custa R\$170,50 (BRASIL, 2012). Cada paciente realiza normalmente 03 sessões por semana. Essa situação traduz um custo altíssimo ao considerar que o Brasil possui mais de 90.000 pacientes cadastrados em serviços de Terapia Renal Substitutiva (SBN, 2011). Os gastos podem ser também percebidos em outros tipos de doenças crônicas e tendem a aumentar nos próximos anos.

As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões). Esses custos serão aumentados na próxima década se não forem implementadas intervenções efetivas. Intervenções para a redução do crescimento das DCNT trarão benefícios econômicos. As estimativas da OMS apontam para uma redução entre 0,5% e 1% do produto interno bruto de países como Brasil, Índia, Canadá, China, Inglaterra, Paquistão e Nigéria, entre 2005 e 2015, se não forem adotadas medidas de cuidado integral dessas doenças (BRASIL, 2008, p. 24-25).

A IRC evolui, frequentemente, de forma lenta, com sintomas nem sempre explícitos, proporcionando comprometimento dos rins e impedindo que o mesmo possa realizar suas funções. A perda da capacidade funcional dos rins implica diversas consequências para o indivíduo, sendo uma delas, a necessidade *do tratamento dialítico* ou *do transplante renal*. De acordo com a SBN (2011),

IRC é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até um certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes permanecem quase sem sintomas. A partir daí, podem aparecer sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aspecto da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc). Deste ponto até que os rins estejam funcionando somente 10 a 12% da função renal normal, pode-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal.

Quando o diagnóstico é identificado/detectado em fase avançada da doença, torna-se necessário uma tomada de decisão do médico nefrologista, com envolvimento da equipe

multiprofissional, paciente e familiares para definir melhor o tratamento. Essa decisão deve levar em consideração uma visão holística/global do paciente e dos diversos fatores etiológicos que envolvem a doença.

De acordo com a SBN (2011), existem duas formas básicas de tratamento dialítico:

A **hemodiálise** vai promover a retirada das substâncias tóxicas, água e sais minerais do organismo através da passagem do sangue por um filtro. A hemodiálise, em geral, é realizada 3 vezes por semana, em sessões com duração média de 3 a 4 horas, com o auxílio de uma máquina, dentro de clínicas especializadas neste tratamento. Para que o sangue passe pela máquina é necessário a colocação de um cateter ou a confecção de uma fístula, que é um procedimento realizado mais comumente nas veias do braço, para permitir que estas fiquem mais calibrosas e, desta forma, forneçam o fluxo de sangue adequado para ser filtrado.

A **diálise peritoneal** funciona de maneira diferente. Ao invés de utilizar um filtro artificial para “limpar” o sangue, é utilizado o peritônio, que é uma membrana localizada dentro do abdômen e que reveste os órgãos internos. Através da colocação de um cateter flexível no abdômen, é feita a infusão de um líquido semelhante a um soro na cavidade abdominal. Este líquido, que chamamos de banho de diálise, vai entrar em contato com o peritônio e por ele será feita a retirada das substâncias tóxicas do sangue. Após um período de permanência do banho de diálise na cavidade abdominal, este fica saturado de substâncias tóxicas, e é então retirado, sendo feita em seguida a infusão de novo banho de diálise. Esse processo é realizado de uma forma contínua, e é conhecido por CAPD, sigla em inglês que significa diálise peritoneal ambulatorial contínua. A diálise peritoneal é uma forma segura de tratamento realizada atualmente por mais de 100.000 pacientes no mundo todo.

Esses tratamentos possuem características próprias e distintas. Na hemodiálise, o tratamento é realizado em clínicas ou hospitais que ofertam o serviço de Terapia Renal Substitutiva (TRS) três vezes por semana, com quatro horas em média de duração cada sessão. Já na diálise peritoneal, o tratamento é domiciliar e a necessidade de procura aos serviços de TRS ocorre apenas periodicamente para revisões clínicas.

Não se pode dizer que exista um tipo de diálise melhor do que a outra. Entretanto, de acordo com as condições clínicas de cada caso, pode haver preferência por um ou outro método. A decisão acerca da escolha do tratamento é feita pelo médico, em conjunto com o paciente e sua família, de acordo com o quadro clínico e o estilo de vida do paciente (SBN, 2011).

Sendo assim, para um tratamento adequado, é imprescindível considerar cada paciente e familiar dentro das suas especificidades. O paciente é inserido no tratamento de hemodiálise ou de diálise peritoneal mediante uma análise criteriosa e multifuncional da condição biopsicossocial do mesmo. A escolha da modalidade de tratamento depende de diversos

fatores como: condição clínica, qualidade do acesso vascular, idade do paciente, panorama familiar, perfil psicológico, entre outros fatores.

Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas pelo paciente e seus familiares, a hemodiálise é uma forma de sobrevivência para milhões de pessoas em todo o mundo. Antes da sua utilização como método terapêutico, a IRC era conhecida pelo seu caráter letal e devastador.

No Brasil, a hemodiálise existe aproximadamente desde a década de 1960. Desde a implantação das primeiras hemodíalises, a perspectiva de sobrevida do paciente renal foi alterada. Durante todo esse tempo, a evolução da medicina e dos métodos de tratamento proporcionou grandes avanços que refletiram em uma maior expectativa de vida para o doente renal crônico.

A aplicação clínica da hemodiálise teve início há mais de meio século. Quando do seu surgimento, era indicada apenas para o tratamento da insuficiência renal aguda, com o intuito de manter o paciente vivo o tempo suficiente para a recuperação da função renal. A hemodiálise como tratamento da uremia crônica difundiu-se a partir da década de 60, mudando o curso natural de uma doença até então inexoravelmente letal. A popularização da hemodiálise se deveu a avanços tecnológicos que incluem o aprimoramento de máquinas e a fabricação de dialisadores mais eficientes e seguros, e, também, ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas de confecção de acessos vasculares permanentes. Hoje, mais de um milhão de pessoas no mundo têm sua vida mantida na ausência de um órgão vital, graças à terapia renal substitutiva. Além disso, o tratamento dialítico propicia as condições clínicas necessárias àqueles que aguardam pelo transplante renal. (LUGON; MATOS; WARRAK, 2003, p. 869-870).

A prevalência de pacientes mantidos em TRS tem crescido a cada ano. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em 2001 eram cerca de 46.557 pacientes mantidos em programa de diálise; já no ano de 2011, havia algo em torno de 91.314 doentes renais crônicos dependentes da diálise para sobreviver¹. Significa que em 10 anos o número de pacientes cadastrados em centros dialíticos quase dobrou. Estes dados tendem a crescer, tanto pelo aumento da expectativa de vida da população em geral, quanto pelas complicações causadas pelos fatores de risco – tais como diabetes e hipertensão arterial – e pelos próprios hábitos de vida, como o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, a má alimentação, entre

¹ O Censo de 2009 apontou um declínio no número absoluto de pacientes em relação ao ano de 2008. O que aconteceu também, nos Censos 2010-2011. Este fenômeno não está de acordo com o observado nos últimos anos na literatura internacional, que sinaliza para uma contínua e sustentada tendência de aumento da taxa de prevalência da doença renal crônica em todo o mundo. Posto isso, o declínio pode ser devido a uma real redução no número de pacientes em diálise no último ano (pouco provável) ou mais provavelmente a uma imprecisão na estimativa de 2008, devido a um percentual de respostas dos Centros de Diálise abaixo de 50% e em 2011, pouco mais da metade responderam à pesquisa (54,9%).

outros. Ressalta-se ainda que, 63,5% dos diagnósticos para IRC têm como causas básicas a hipertensão arterial e a diabetes.

O número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

São doenças que estão diretamente ligadas ao modo como as pessoas vivem e que configuram ainda mais a necessidade de investimentos no campo da prevenção e da promoção da saúde no Brasil.

A gravidade da insuficiência renal pode levar alguns indivíduos, a necessitarem de outro tratamento: o *transplante renal*. Apesar do número de transplantes renais ter crescido nos últimos anos, o Brasil ainda precisa melhorar muito neste indicador (BRASIL, 2009, p. 28). O transplante renal, na maioria das vezes, proporciona uma considerável melhora da qualidade de vida do paciente e pode amenizar as limitações advindas do processo de adoecimento. “o transplante renal é, atualmente, a melhor opção terapêutica para o paciente com IRC, tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico” (IANHEZ, 2003, p. 945). Porém, é importante salientar que o transplante renal não viabiliza a cura da doença, sendo compreendido com uma modalidade terapêutica que também possui riscos e benefícios.

Independente do tipo de tratamento, é necessário um grande comprometimento por parte do paciente e da família com um novo modo de viver, uma vez que eles deverão ter um compromisso ininterrupto com essa nova rotina (horários, regras, imposições, dependência da “máquina”, tratamento como “Lei”). “Todos os pacientes em diálise encontram-se servilmente dependentes de um procedimento, de um recurso médico ou da equipe médica e estão expostos também a outras condições estressantes” (KIMMEL; LEVY, 2003, p. 425). Além da difícil rotina, o paciente vivencia inúmeras mudanças que podem causar perdas significativas e estresse persistente: uso contínuo de medicamentos, dietas restritivas, alteração da imagem corporal, incapacidade para a vida laborativa, problemas conjugais, dificuldades financeiras, distúrbios psicológicos, entre outros.

A condição crônica e o tratamento hemodialítico são fontes de estresse e representam desvantagem por ocasionar problemas: isolamento social, perda do

emprego, dependência da Previdência Social, parcial impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidade de adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e ainda, um sentimento ambíguo entre medo de viver e de morrer (MACHADO; CAR, 2003, p. 28).

Portanto, a IRC e o tratamento provocam normalmente a debilitação e a limitação do indivíduo, comprometendo sua vida como um todo. Os efeitos podem ser físicos, psíquicos e sociais. São pessoas que se submetem a uma rotina estressante, com mudanças e perdas bastante relevantes. No ambiente da TRS, percebe-se que, além das consequências comuns à doença – fraqueza corporal, desânimo, alteração do apetite, dores e outras comorbidades –, alguns fatores ligados ao cotidiano da insuficiência renal podem dificultar ainda mais a busca da qualidade de vida do paciente e a adesão ao tratamento. Portanto, a doença crônica, aliada a uma rotina repetitiva, monótona e cansativa, pode contribuir para um declínio da condição de vida destes pacientes.

Pode-se dizer que a Terapia Renal Substitutiva possibilitou e melhorou a sobrevida do renal crônico. Entretanto, em que condições se dá esse prolongamento da vida? É fato que o paciente renal vive mais, porém como ele está vivendo?

A hemodiálise deve ser entendida como um tratamento capaz de trazer inúmeros benefícios para o doente, ou seja, “deve ser vista como uma modalidade terapêutica capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida, maior longevidade e uma frequência cada vez menor de complicações” (LUGON; MATOS; WARRAK, 2010, p. 870). O objetivo da hemodiálise é realmente poder agregar efeitos benéficos e, pelo menos, minimizar as ações nocivas do adoecimento para o paciente e a família. Entretanto, diante das mudanças constantes no padrão das doenças crônicas no Brasil, os ganhos estão acontecendo?

Cabe ressaltar que o desenvolvimento tecnológico no campo da saúde tem provocado alterações permanentes no perfil epidemiológico da população, nas diversas formas de manifestações das doenças, além de diferentes fatores de risco para os agravos. Essa situação inclui também o cenário das doenças crônicas no Brasil. Sendo assim, impõe-se a necessidade de medidas terapêuticas específicas que acompanhem a dinâmica e a mobilidade dos processos em saúde. Torna-se necessário uma reavaliação dos modelos pré-estabelecidos e utilizados para compreender e tratar a IRC.

Isso significa que as alterações no contexto da saúde e das doenças refletem novos rumos para as ações sanitárias e tendem a viabilizar o aprimoramento dos tratamentos oferecidos à população. É comum, atualmente, discussões sobre a busca constante dos fatores que interferem na qualidade de vida do doente crônico. À medida que o paciente vive mais, torna-se necessário uma melhor compreensão desta situação.

Em especial, o doente renal crônico vivencia uma difícil realidade permeada por obstáculos que precisam ser caracterizados e analisados. Além disso, deve-se considerar que a IRC não permite ao paciente uma inteira recuperação, mas sim, possibilita uma tentativa de maior adaptação à sua nova condição, aceitando melhor suas limitações e perdas. O quadro crônico traduz a obrigatoriedade de uma nova configuração dos hábitos de vida como premissa básica para a sua sobrevivência. Conviver com a IRC e aceitar conseqüentemente o tratamento hemodialítico requerem, automaticamente, uma readequação na maneira de viver. Dessa forma, qualquer intervenção que possa ser proposta em relação ao doente renal crônico deverá contemplar toda a dinâmica envolvida no processo saúde-doença. Para isso, é fundamental perceber e entender a condição do indivíduo na saúde, no adoecer, viver e morrer. A doença renal crônica precisa ser encarada dentro de uma perspectiva que contemple um olhar ao processo saúde-doença, valorizando o coletivo e as ações interdisciplinares.

O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007, p. 47).

Para identificar ações sanitárias compatíveis com o perfil epidemiológico do doente renal crônico é necessário levar em consideração sua inserção em um contexto social.

Portanto, a IRC faz parte de um contexto complexo que exige um entendimento amplo sobre a saúde e doença na contemporaneidade, ressaltando suas dimensões multideterminantes, entre elas a abordagem territorial. A avaliação integrada dos aspectos relativos à saúde e a doença possibilita um melhor redimensionamento da IRC e poderá servir de parâmetro para transformações na melhora da assistência prestada ao paciente.

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade. O fato de o conceito de saúde ser impreciso, dinâmico e abrangente não impede que seja possível tomá-lo como eixo para a reorientação das práticas em saúde. Pelo contrário: sua importância é fundamental para a superação de um modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo (BATISTELLA, 2007, p. 82).

Nessa perspectiva, os aspectos “territoriais” são fundamentais para uma avaliação global do doente renal crônico e das peculiaridades desta morbidade. Essa realidade vem confirmar a necessidade de entendimento do cotidiano da doença e do tratamento, analisando o ser humano dentro de um conjunto biopsicossocial indissociável. A dimensão territorial, bem como seus múltiplos significados, contemplam uma ferramenta de grande valia para o redimensionamento das práticas em saúde, em específico, as ações voltadas para o doente renal crônico. Embora, na grande maioria das vezes, o doente seja representado de maneira generalista e descontextualizada, as políticas públicas de saúde e as terapêuticas propostas precisam também considerar as singularidades do ser humano, já que as vivências do processo de adoecimento e tratamento podem se manifestar tanto no campo das coletividades quanto nas formas individualizadas.

A busca de novos paradigmas para o campo da saúde coletiva deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de métodos que articulem os níveis do indivíduo e das coletividades, vistas não como um agregado de pessoas, mas como um todo, com características particulares, organização própria e território (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 905).

A pesquisa sobre território valoriza o indivíduo numa totalidade, sem perder de vista a sua singularidade, sendo indispensável para uma melhor caracterização acerca do doente renal crônico.

Nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território. O reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes é de grande importância para a determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços geográficos (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 898).

Entretanto, são ainda insignificantes os estudos acerca da IRC aliada às dimensões territoriais. Embora, nos dias de hoje, o doente renal crônico tenha conseguido alguns ganhos do ponto de vista da qualidade dos serviços prestados, as políticas de saúde ainda precisam de uma maior articulação com os contextos territoriais.

Esse cenário dificulta um planejamento em relação ao aprimoramento da assistência prestada ao doente renal crônico, principalmente se considerarmos as diferenças sociais existentes no país. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2011), são aproximadamente 643 STRS funcionando ativamente em todo o Brasil. E provavelmente, cada um deles com suas características e especificidades. Em Teófilo Otoni, município referência neste tipo de tratamento para a mesorregião nordeste de Minas Gerais, há aproximadamente 320 pacientes cadastrados nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva dos hospitais Santa Rosália e Filadélfia², únicos que prestam esse tipo de atendimento no município. Os pacientes também possuem costumes, culturas, histórias e necessidades específicas.

Essa multiplicidade representada dentro dos STRS precisa ser considerada, e um passo importante para a busca de uma melhor assistência é o conhecimento do perfil do paciente renal crônico e das diversas realidades vivenciadas no cotidiano do tratamento.

Torna-se essencial o reconhecimento dos determinantes históricos – econômicos, sociais e culturais, utilizando para isso diagnósticos participativos sobre as condições de vida e situação de saúde de uma determinada população. A análise histórica da ocupação, das características físicas, econômicas, sociais e culturais do território, da disposição e qualidade dos equipamentos e serviços públicos, do perfil epidemiológico e dos principais problemas da comunidade é um passo fundamental para a busca de soluções sanitárias. (BATISTELLA, 2007, p. 80).

A doença renal crônica pode favorecer a emergência de dificuldades em todos os âmbitos da vida humana, sendo então pertinente a utilização de alguns conceitos relacionados às interfaces com o território.

As ações de saúde devem, assim, ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 181).

² Banco de dados do SYS/NEFRODATA, maio de 2012 (Hospital Filadélfia e Hospital Santa Rosália).

Assim, a caracterização territorial mostra-se como uma ferramenta relevante para a instrumentalização de propostas viáveis para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida num ambiente marcado pela dor e pelo sofrimento como o da TRS.

O avanço científico e tecnológico gerou a diminuição da mortalidade, conduzindo os pesquisadores a estudar e avaliar os aspectos psicológicos, psicossociais e intervenções que visem ao cuidado e adesão ao tratamento, como também direcionou as pesquisas para o desenvolvimento de métodos que auxiliem os pacientes e seus familiares na manutenção e aprimoramento da qualidade de vida (CAIUBY; KARAM, 2005, p. 133).

O levantamento e a análise das multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC são de extrema importância para se pensar em um novo panorama de práticas em saúde que contemplem o doente renal crônico no país.

3 METODOLOGIA

3.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a metodologia adotada para a consecução deste objetivo.

3.2 ABORDAGEM DO ESTUDO

Foram utilizadas, neste estudo, as abordagens quantitativa e qualitativa. A etapa quantitativa da pesquisa contempla a caracterização do perfil do paciente renal crônico priorizando dados estatísticos, com um resultado mensurável e objetivo. A etapa qualitativa tem a intenção de valorizar o conteúdo subjetivo do estudo. Dessa forma, o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser considerado falha ou risco comprometedor da objetividade, é necessário como condição de aprofundamento no estabelecimento de uma relação intersubjetiva. A interrelação no ato da entrevista, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, é a condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2006).

3.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no período de Setembro de 2010 a maio de 2012. O universo do estudo foi constituído por pacientes com diagnóstico de IRC que faziam hemodiálise em Teófilo Otoni, município que está localizado na mesorregião do Vale do Mucuri, no estado de Minas Gerais, e possui uma população de 134.733 mil habitantes (IBGE, 2010), servindo como referência no atendimento a saúde para a população de um grande número de municípios da região. Os Serviços de Terapia Renal Substitutivas estão instalados no Hospital Filadélfia que, na época da realização da pesquisa possuía 208 pacientes cadastrados em hemodiálise, e no Hospital Santa Rosália, com 108 pacientes. O Hospital Filadélfia é

particular, porém credenciado para atendimento pelo SUS apenas em hemodiálise. Já o Hospital Santa Rosália é filantrópico e credenciado para atendimento de média e alta complexidade pelo SUS. Apesar do perfil diferente dos dois hospitais, ambos prestam serviços bastante semelhantes no que se refere à Terapia Renal Substitutiva.

3.4 AMOSTRA

Para a análise quantitativa foram utilizados os dados do SYS/NEFRODATA³, representando um total de 316 pacientes cadastrados nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva para tratamento de hemodiálise nos dois hospitais, o que representou 100% dos pacientes em tratamento naquele período.

Para a análise qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 8 (oito) indivíduos adultos com faixa etária entre 30 e 65 anos, sendo 4 (quatro) do sexo masculino e 4 (quatro) do sexo feminino, todos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, dos indivíduos selecionados, 4 foram do Hospital Santa Rosália e 4 do Hospital Filadélfia. Do total, 4 pertenciam ao município de Teófilo Otoni e 4 de outros municípios. O número estabelecido para as entrevistas foi considerado ideal, pois o tamanho da amostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas (SANTOS, 1999).

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Na etapa quantitativa, os dados foram coletados considerando todos os pacientes cadastrados nos dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva de Teófilo Otoni em tratamento de hemodiálise. Nesse total não estavam os pacientes em outras modalidades de tratamento⁴.

³ O SYS/NEFRODATA é um sistema bastante completo utilizado na maior parte dos Serviços de Diálise do país.

⁴ Existem quatro modalidades básicas de tratamento: Hemodiálise, Diálise Peritonial, Transplante Renal e o Tratamento Conservador (SBN,2010).

Quanto à etapa qualitativa, foram selecionados os 4 pacientes de cada hospital com maior tempo de tratamento dialítico. Entre os pacientes selecionados de cada hospital, foram entrevistados dois residentes de Teófilo Otoni e dois residentes de outros municípios. Antes da realização das entrevistas, foi necessário verificar com a equipe médica as seguintes informações: se os pacientes eram renais crônicos em tratamento ambulatorial de hemodiálise; se estavam cadastrados e em tratamento regular nos serviços para o tratamento de hemodiálise; se estavam aptos clinicamente para responderem individualmente à pesquisa. Todos os entrevistados tinham idade superior a 18 anos.

3.5 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Teófilo Otoni, especificamente nos dois únicos Serviços de Terapia Renal Substitutiva do município localizados no Hospital Filadélfia e no Hospital Santa Rosália.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita em duas etapas: uma quantitativa e a outra qualitativa. Na primeira etapa, foi feita uma consulta ao SYS/NEFRODATA para obtenção de uma base de dados que apresentou indicadores relevantes para o trabalho (APÊNDICE A). Em setembro de 2010, os centros dialíticos possuíam um total de 316 pacientes. Nos hospitais onde a pesquisa foi aplicada, todos os pacientes estavam cadastrados no SYS/NEFRODATA. Entre as informações coletadas no banco de dados, foi necessário identificar o município de origem de cada paciente cadastrado, identificando o percentual de pacientes que viviam fora de Teófilo Otoni e se deslocam para o tratamento e os que eram de outros municípios, mas precisavam residir em Teófilo Otoni devido às dificuldades de enfrentar as viagens. Foram calculadas as distâncias percorridas pelos pacientes entre os municípios de origem e Teófilo Otoni. Além disso, foram também utilizadas as seguintes informações disponíveis no banco de dados: idade, sexo, escolaridade, estado civil e tempo de tratamento. O SYS/NEFRODATA viabiliza

a emissão de relatórios com diversas informações necessárias para se traçar o perfil do paciente com IRC submetido ao tratamento hemodialítico em todo Brasil.

Na segunda etapa, foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) que aconteceram no Hospital Filadélfia e Hospital Santa Rosália. As entrevistas foram gravadas com autorização prévia do paciente e, em seguida, transcritas. Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o paciente se sentisse à vontade para relatar suas percepções sobre a IRC e o tratamento de hemodiálise. O espaço reservado nos hospitais para realização das entrevistas garantiu o sigilo e privacidade, pois possuía boa iluminação, ventilação adequada, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio. A partir das entrevistas, esperou-se ser possível levantar elementos que, juntamente com os dados obtidos no SYS/NEFRODATA, tornariam possível a realização dos objetivos deste trabalho.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Deve-se ressaltar que as entrevistas foram realizadas após o projeto ter sido aprovado, conforme parecer CEP/UNIPAC nº 929-2011 pelo Comitê de Ética da Universidade Presidente Antônio Carlos (ANEXO 1), e prévia autorização dos dois hospitais (APÊNDICE C e D). A condição clínica do paciente foi levada em consideração, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E), de acordo com a Resolução 196/96 e Resolução 2012/99 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), que regulamentam a ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes receberam todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e dela participaram de forma voluntária.

3.8 TRATAMENTO DOS DADOS

Primeiramente, utilizando o programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences – foram analisados os dados quantitativos, observando-se as seguintes categorias: idade, sexo, escolaridade, estado civil e tempo de tratamento. Além disso, foi identificado o município de residência do paciente e, quando este não residia em Teófilo Otoni, foi calculada a distância percorrida pelo paciente para realizar o tratamento.

Em relação aos dados qualitativos, a análise foi realizada segundo a técnica da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977). As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias temáticas e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas. O agrupamento em categorias correspondeu a uma operação de classificação dos elementos encontrados nas falas dos entrevistados, buscando algo comum entre elas. Além disso, a categorização permitiu transformar dados brutos em informações organizadas. Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas estão identificadas por F (feminino) ou M (masculino), seguidas de número (1, 2, 3 ou 4) e localizadas nos grupos HP (Hospital Filadélfia) e HSR (Hospital Santa Rosália).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos a partir dos dados quantitativos e qualitativos referentes às multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica.

4.1 DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Caracterização da população estudada

O total de pacientes registrados no SYS/NEFRODATA foi de 316, sendo 108 pacientes do Hospital Santa Rosália e 208 do Hospital Filadélfia. Nesse total, estão incluídos apenas os pacientes cadastrados nos dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva que fazem o tratamento na modalidade hemodiálise. É importante salientar que o Hospital Filadélfia possui uma capacidade operacional maior devido ao maior número de máquinas de hemodiálise disponíveis, refletindo em um maior número de pacientes cadastrados. Ressalta-se que o presente estudo não objetivou estabelecer nenhuma comparação entre os dois hospitais, tendo os dados sido analisados de maneira integrada.

4.1.2 Perfil do paciente com IRC

Como pode ser observado no GRÁFICO 1, do total de pacientes cadastrados nos dois serviços, 61,4% eram homens e 38,6% mulheres. Este resultado é bastante significativo, considerando o número maior de homens em hemodiálise se comparado ao de mulheres. A maior prevalência de homens em tratamento dialítico sugere haver uma relação entre os hábitos de vida, associados ao gênero e a saúde do indivíduo. Deve-se ressaltar que existem diferenças entre homens e mulheres, especialmente em relação ao modo como lidam com a sua saúde. No Brasil, há um traço cultural que valoriza um perfil de homem forte e imbatível,

o que favorece ao comportamento indiferente e negligente no que diz respeito ao cuidado com a saúde. Os homens estão situados no polo do não cuidado, sendo ausentes, pouco participativos e adeptos de práticas curativas, enquanto às mulheres é atribuído o lugar do cuidado, com maior presença e maior adesão às propostas dos profissionais (MACHIN *et al*, 2011). Esse padrão de comportamento masculino caracteriza consequentemente a sua forma de compreensão do processo saúde-doença e reflete sua condição de vida.

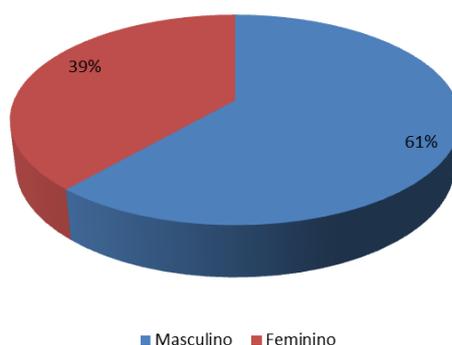


GRÁFICO 1 – Caracterização dos pacientes em TRS por sexo

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA.

Os dados desta pesquisa corroboram com os dados fornecidos pela SBN (2011), através do Censo Demográfico do ano de 2011, quanto à diferença de gênero dos pacientes em tratamento nos STRS. Naquele Censo, foram identificados 57,3% de pacientes do sexo masculino e 42,7% do sexo feminino, reiterando a prevalência de pacientes do sexo masculino em tratamento de hemodiálise, o que confirma a necessidade de propostas educativas e medidas preventivas, principalmente voltadas para a saúde do homem.

Quanto ao grupo etário dos pacientes submetidos ao tratamento de hemodiálise, pode-se perceber no GRÁFICO 2 que 24,0% dos pacientes são indivíduos adultos jovens de 21 até 40 anos de idade. De acordo com Papalia, Olds, Feldman (2009), essa fase do ciclo vital é evidenciada pelo auge da força física, resistência e por uma tendência a ter uma boa condição de saúde. Além disso, é caracterizada pela aquisição de relacionamentos íntimos, construção familiar e da busca de crescimento profissional. Sabe-se que a doença e o tratamento podem alterar todo o panorama de projetos desta fase da vida, comprometendo o desenvolvimento do indivíduo.

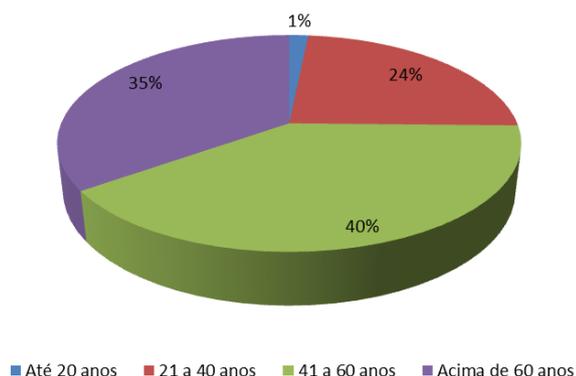


GRÁFICO 2 – Caracterização dos pacientes em TRS por grupo etário

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA.

Outro dado relevante é que 40,0% dos pacientes são indivíduos adultos de meia idade. Segundo Papalia, Olds, Feldman (2009), a meia idade é uma fase do ciclo vital situada entre os 40 e os 65 anos, que é marcada pelos múltiplos papéis e pela necessidade de diversas reflexões sobre si mesmo. É um momento de diversas responsabilidades, onde o indivíduo assume funções como: ser pai ou mãe, ser avô ou avó, ser filho ou filha, trabalhar, ou seja, é uma etapa caracterizada pela mistura de todos esses papéis e pela análise cuidadosa da própria vida (balanço da meia idade). O surgimento da doença e a obrigatoriedade do tratamento podem representar um fardo a mais para estes indivíduos. Além de todas essas questões típicas dessa fase, o adoecimento pode contribuir para um balanço negativo da própria vida.

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, percebe-se que as doenças crônicas passam a sobressair. Outro aspecto importante relativo ao grupo etário da pesquisa é que 35% dos pacientes estão na faixa considerada como indivíduos idosos – idade acima de 60 anos. Fazendo uma análise comparativa entre os dados da SBN (2011) quanto à faixa etária dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva, pode-se perceber que 66,9% dos indivíduos tinham neste período entre 19 a 64 anos, 31,5% tinham acima de 65 anos e apenas 1,6% dos pacientes tinham uma idade igual ou inferior a 18 anos. Embora haja uma maior prevalência de indivíduos adultos em tratamento de hemodiálise, o percentual de pacientes idosos é significativo. Essa constatação serve de alerta em relação ao envelhecimento populacional. Uma vez que a IRC é uma doença ligada ao estilo de vida do indivíduo, à medida que a população envelhece, os riscos relacionados aos hábitos de vida aumentam e tendem a comprometer cada vez mais o indivíduo idoso.

O estudo também apontou (GRÁFICO 3) para um percentual de 53,0% de pacientes casados em hemodiálise e 6,0% de pacientes em união estável, totalizando 59% de indivíduos que possuem companheiros (as). O percentual de pacientes solteiros foi de 29,0%.

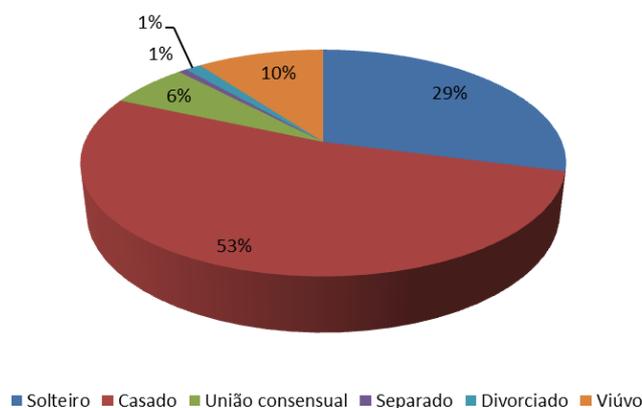


GRÁFICO 3 – Caracterização dos pacientes em TRS por estado civil

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA

Sabe-se quanto a família pode contribuir ou não para uma melhor adesão do paciente ao tratamento. A manutenção do cenário familiar pode servir de apoio para o indivíduo, no momento da doença e do tratamento.

De acordo com o estudo realizado por Ribeiro (2007), a família influencia e pode ser influenciada pela situação de adoecimento de um dos seus membros. Principalmente, na doença crônica, a possibilidade de divórcio é aumentada. Essa desestruturação pode contribuir para o estresse familiar, além de uma piora na forma de enfrentamento do processo de adoecimento e uma não adesão aos tratamentos específicos estabelecidos pela equipe multiprofissional.

Apesar do presente estudo apontar um percentual grande de pacientes casados, sugerindo que a manutenção desse estado civil venha a favorecer uma melhor aceitação da realidade do indivíduo e uma maior adesão ao tratamento, não podemos chegar a essas conclusões. Os dados referentes ao estado civil do paciente são, na verdade, um recorte do momento da admissão para o tratamento de hemodiálise, não se podendo afirmar que na época da coleta dos dados no SYS/NEFRODATA tais indivíduos mantivessem o mesmo estado civil.

Como se pode ver na TABELA 2, a pesquisa mostrou que a maioria dos pacientes em tratamento de hemodiálise possuía baixa escolaridade. Do total de pacientes, 25% são analfabetos e 49,05% possuem apenas o ensino fundamental incompleto. Segundo informações dos Serviços de Diálise dos hospitais, estes pacientes classificados no ensino fundamental incompleto sabem, na grande maioria, apenas escrever o próprio nome. Se considerarmos os pacientes analfabetos e os com ensino fundamental incompleto, temos um total aproximado de 74,00% dos pacientes, o que reforça um baixíssimo nível de escolaridade entre os pacientes em tratamento nos serviços de diálise de Teófilo Otoni. Pode-se dizer que a doença renal está relacionada ao nível de formação e informação da população. Esse resultado estabelece uma necessidade de reflexão quanto às práticas educativas em saúde.

De acordo com o estudo realizado por Barbosa, Andrade Jr., Bastos (2007), a depressão é o mais forte preditor relacionado à qualidade de vida entre pacientes renais crônicos em diálise, porém, outros preditores também apareceram como relevantes no presente estudo como: *diabetes mellitus*, DVP (Doença Vascular Periférica), acesso vascular por CDL (Catéter de Duplo Lúmen), sexo masculino, idade mais avançada, ausência de ocupação regular e baixo nível educacional.

TABELA 2 – Caracterização dos pacientes em TRS por escolaridade

Escolaridade	Frequência	%	% acumulado
Analfabeto	79	25,00	25,00
Fundamental incompleto	155	49,05	74,05
Fundamental completo	37	11,71	85,76
2º grau incompleto	9	2,85	88,61
2º grau completo	27	8,54	97,15
Superior incompleto	1	0,32	97,47
Superior completo	7	2,22	99,68
Sem dado	1	0,32	100,00
Total	316	100,00	***

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA

Um estudo realizado por Martins e Cesarino (2005) sugere que os pacientes com maior nível de escolaridade podem possuir recursos intelectuais capazes de gerar melhor adaptação emocional frente às consequências da IRC e do tratamento de hemodiálise.

Esses dados refletem a relevância de intervenções impactantes no que diz respeito às ações em saúde voltadas para a educação. O baixíssimo nível de escolaridade presente nos serviços de diálise de Teófilo Otoni revela um cenário preocupante. A desinformação é um fator que prejudica o cuidado com a saúde, favorecendo a emergência de doenças como a IRC.

Outro dado relevante levantado pelo estudo, e que pode ser visualizado no GRÁFICO 4, é o de apenas 30% dos pacientes que fazem o tratamento de hemodiálise nos dois hospitais analisados residem em Teófilo Otoni. Ou seja, 70% dos pacientes residem em outros municípios e precisam viajar para a realização do tratamento. São aproximadamente 51 municípios diferentes. Verificou-se que 20,0% dos pacientes residem em municípios até 98 km de distância de Teófilo Otoni, 15,0% dos pacientes residem em municípios entre 98 e 157 km de Teófilo Otoni – são pacientes que chegam a se deslocarem semanalmente até mais de 600 km. Outros 35% dos pacientes residem em municípios distantes mais de 157 km de Teófilo Otoni, viajando semanalmente até 1.000 km. Essas viagens são, na maioria das vezes, extremamente cansativas, com pouco conforto, com rodovias nem sempre bem conservadas, com automóveis que transportam pessoas com outras demandas dos municípios, aumentando o desgaste e o tempo disponibilizado para o tratamento de hemodiálise. Tal situação não acontece apenas em Minas Gerais.

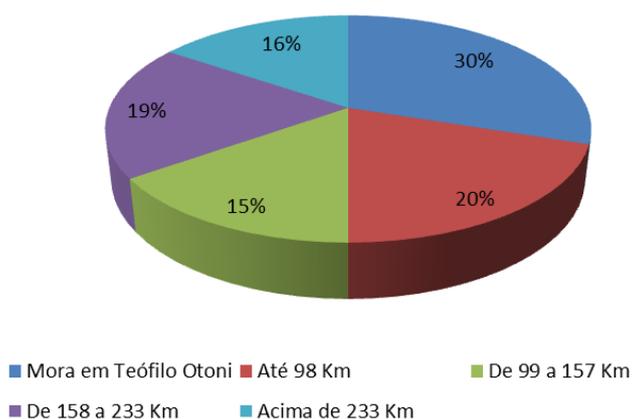


GRÁFICO 4 – Caracterização dos pacientes em TRS por distância entre o município de residência e Teófilo Otoni.

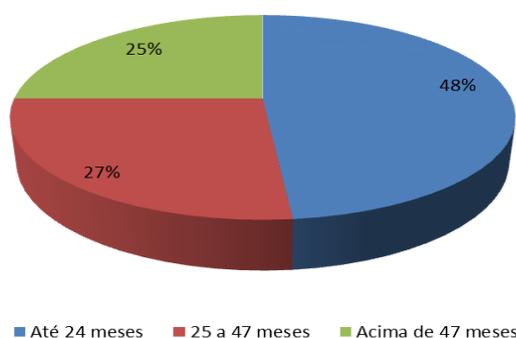
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA.

No Estado da Bahia, os pacientes são frequentemente transportados em automóveis municipais, com desconforto, juntamente com outros pacientes que têm destinos

variados, passando por estradas muitas vezes em precário estado de conservação. Acrescenta-se o tempo gasto durante a hemodiálise, em média 3 a 4 horas por sessão. Percebe-se que grande parte do tempo desses pacientes é dedicado à manutenção das sessões semanais de diálise, o que deve acarretar prejuízos à qualidade de vida dos mesmos. Muitos deles necessitam mudar de seus municípios de residência, têm dificuldade em manter vínculo empregatício, além das repercussões sociais e impacto econômico associados a esses fatos. (RITT *et al*, 2007).

Outro dado importante é que, apesar dos Serviços de diálise de Teófilo Otoni atenderem as mesorregiões do Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo, 95,0% dos pacientes são do Estado de Minas Gerais.

No GRAFÍCO 5 temos a caracterização dos pacientes em TRS por tempo de tratamento. Tem-se que 48% dos pacientes estavam se submetendo a TRS há dois anos ou menos, 27% entre 2 e 4 anos e 25% estavam a mais de 4 anos em tratamento.



GRAFÍCO 5 – Caracterização dos pacientes em TRS por tempo de tratamento

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SYS/NEFRODATA.

O tempo de tratamento do paciente retrata a sua sobrevida. Em estudo recente realizado por Szuster *et al* (2012), o resultado encontrado estabelece uma maior sobrevida do paciente renal em tratamento de hemodiálise do que em diálise peritoneal. Cerca de 50% dos pacientes que iniciaram o tratamento na modalidade hemodiálise, no período de quase 2 anos (tempo de acompanhamento da pesquisa), não chegaram a óbito. Ao final do período da pesquisa, 42% dos pacientes em diálise peritoneal e 33% em hemodiálise foram a óbito, devido principalmente a *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares.

Em estudo feito em Alfenas (MG) por Terra e Costa (2007), resultados apontaram que um percentual de 26,67% dos pacientes pesquisados são submetidos ao tratamento de hemodiálise há mais de 2 e menos de 3 anos. Este resultado é semelhante ao encontrado no presente estudo, onde 27% dos pacientes tinham mais de 2 anos de hemodiálise.

Um dado importante é que mesmo com os avanços tecnológicos e melhorias no tratamento de hemodiálise, apenas 25% dos pacientes tinham mais de 4 anos de hemodiálise, retratando a necessidade de continuidade de ações que possam aprimorar este indicador cada vez mais. Esses dados refletem a priorização do redimensionamento da condição do renal crônico sempre considerando sua qualidade de vida e os múltiplos fatores relacionados à doença e ao tratamento.

É necessário ressaltar que a pesquisa não objetivou avaliar as possíveis variáveis relacionadas à taxa de mortalidade do paciente renal crônico, mas apenas identificar o perfil da população quanto ao tempo de tratamento em hemodiálise e, conseqüentemente, sua sobrevivência.

4.1.3 Território espacial dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva

Os dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva do município de Teófilo Otoni estão situados nos hospitais Filadélfia e Santa Rosália. Ambos são credenciados pelo SUS para atendimento de hemodiálise. Apesar de serem hospitais com características diferentes, no que diz respeito à Terapia Renal Substitutiva são muito semelhantes. As áreas de abrangência desses serviços englobam vários municípios da macrorregião nordeste, além da microrregião de Araçuaí pertencente à macro Jequitinhonha, alguns municípios do Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo. São municípios, quase que na sua totalidade, marcados por uma carência de infraestrutura na área da saúde, não possuindo atendimentos de alta complexidade, entre eles o tratamento para a IRC. A maioria dos municípios não possui nem mesmo um hospital compatível com as necessidades da população, alguns tendo apenas UBS (Unidades Básicas de Saúde).

Além das dificuldades específicas da saúde, os serviços de TRS de Teófilo Otoni contemplam uma região marcada por muitas vulnerabilidades sociais, como: baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), alta taxa de analfabetismo, mortalidade infantil/ materna, desigualdade social, entre outros indicadores que retratam as péssimas condições de vida populacional (Pedrosa, 2011).

Segundo Pedrosa (2011), a parcela da população vivendo com menos de R\$70⁵ mensais é bem maior no Norte de Minas (14,64%) e nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri (17%) do que no Centro-Oeste e no Triângulo que são, respectivamente, 2,18% e 2,47%.

De acordo com Caon, Magalhães e Moreira (2011), o IDH de Minas Gerais é 0,773. Já o de municípios da área de abrangência da pesquisa como: Setubinha é 0,568, Monte Formoso é 0,570 e Teófilo Otoni 0,742. Municípios como Uberaba e Juiz de Fora possuem IDH, respectivamente, 0,834 e 0,828. Esses índices demonstram diferenças regionais relevantes. Ainda ressaltam que, quanto à educação, em Minas Gerais, 85% da população residente é alfabetizada. A média de alfabetização é ainda maior no Triângulo, Centro-Oeste e Sul de Minas. Jequitinhonha e Mucuri apresentam o menor percentual de população alfabetizada (73%).

Isso significa que o território espacial dos serviços de TRS abordado na pesquisa faz parte de uma realidade frágil do Estado de Minas Gerais que merece uma atenção especial governamental, com políticas públicas compatíveis as suas necessidades, fazendo com que as disparidades regionais possam ser sanadas e minimizadas.

4.2 DADOS QUALITATIVOS

4.2.1 As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC

⁵ O valor de R\$ 70 mensais por pessoa é o limite que o Governo Federal escolheu para definir a extrema pobreza, em junho de 2011.

O diagnóstico da IRC e o tratamento de hemodiálise provocam alterações importantes na vida do indivíduo do ponto de vista biopsicossocial. Essas mudanças podem impactar negativamente o cotidiano destas pessoas. Portanto, o entendimento acerca do modo de viver a vida após o marco do adoecimento torna-se relevante para a estruturação das ações em saúde no âmbito da IRC. E o estudo do território tem sido uma ferramenta útil para o redimensionamento das práticas em saúde.

Em relação ao tratamento de hemodiálise, o indivíduo passa a conviver com uma multiplicidade de territórios pela imposição da doença. Porém, a maneira que cada paciente interpreta e experiência essa justaposição de territórios traduz uma perspectiva para a sua sobrevivência e remete às multiterritorialidades.

De acordo com Haesbaert (2005), sempre irão existir os múltiplos territórios, entretanto, o que garante as multiterritorialidades são as vivências e as percepções humanas acerca de cada um destes territórios. Sendo assim, a identificação das multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC proporciona uma forma mais explícita da ação humana frente ao adoecer.

O trabalho buscou através do entendimento de conceitos como território e multiterritorialidade, conhecer a forma como o paciente renal crônico compreende a sua condição de doença e tratamento.

Nas entrevistas, observou-se uma diferença de comportamento quanto ao uso de tabaco e álcool entre homens e mulheres. Todas as mulheres entrevistadas relataram não fazer uso do tabaco ou do álcool antes do adoecimento. Já em relação aos homens, todos fumavam e bebiam antes do tratamento. Um dos entrevistados afirmou, inclusive, que ainda fuma.

Fazendo uma análise comparativa com os dados quantitativos, esse resultado aponta para a necessidade de uma atenção ainda maior à saúde do homem, uma vez que os resultados mostram que os homens tendem a ter menos cuidado com a sua saúde, estando mais propensos à não adoção de hábitos saudáveis. Além disso, é importante lembrar que 61,0% dos pacientes em tratamento nos hospitais de Teófilo Otoni são do sexo masculino e apenas 39% do sexo feminino. A presença maior de homens em tratamento hemodialítico está diretamente ligada à forma como esses vivem.

A seguir, são apresentadas as categorias e subcategorias surgidas a partir da análise das entrevistas realizadas.

4.2.1.1 Categoria 01 – Significado da vida antes do adoecimento?

Essa categoria aborda a percepção do paciente sobre a sua vida em vários aspectos como: trabalho, lazer, relações sociais, relacionamento afetivo/sexual e atividade física. Retrata a forma como o paciente compreende sua vida no âmbito biopsicossocial antes do diagnóstico da IRC e do tratamento de hemodiálise.

O indivíduo, antes do processo de adoecimento e tratamento, vivencia uma realidade diferente, em um território marcado pela “saúde” e não pela “doença”, de forma que seus hábitos e suas rotinas fazem parte de uma vida aparentemente saudável.

Segundo Saquet (2010), a territorialidade é vista como o sentimento relacionado ao pertencimento a um determinado território. Perceber e sentir-se integrado ao território traduz a ideia de territorialidade. Assim, essa categoria busca compreender os sentimentos envolvidos na relação estabelecida com o indivíduo, além de descrever o sentimento de pertencimento frente ao território antes do adoecer. Esclarece a forma de viver do paciente e o significado dado pelo indivíduo ao território ao qual fazia parte antes do adoecimento.

4.2.1.1.1 Subcategoria 01 – Trabalho

O trabalho ocupa um lugar de destaque na vida da maioria das pessoas, muitas vezes, no sentido de utilidade e produtividade frente à vida. A atividade laboral consegue interferir tanto positivamente quanto negativamente, podendo influenciar as condições de saúde ou de doença do indivíduo.

De acordo com Dejours (2003), o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja à doença, seja à saúde. O trabalho deveria aparecer na própria definição do conceito de

saúde, e particularmente no que concerne à definição do ideal do “bem estar social”, figurando na definição da Organização Mundial de Saúde.

O estado de saúde e, conseqüentemente, de bem estar caracteriza o indivíduo como ativo, produtivo e útil na sociedade. O trabalho permite ao homem se situar e atuar frente à vida de acordo com os seus anseios e objetivos.

Segundo o estudo realizado, todos os entrevistados exerciam atividades laborais antes do adoecimento. A maioria dos homens desempenhava funções relacionadas à atividade rural (lavrador, vaqueiro) e as mulheres, atividades domésticas.

“Eu trabalhava em casa... Lavava roupa, fazia almoço, arrumava casa.” Grupo HP (F1)

“Trabalhava na roça... Trabalhava na foice, trabalhava na enxada, no enxadão...” Grupo HP (M1)

“Trabalhava de doméstica, eu tinha minha vida tranquila...” Grupo HSR (F4)

“Eu trabalhava na roça. Vaqueiro, lavoura... Era bem pesado... Nunca trabalhei de carteira assinada.” Grupo HP (M2)

“Eu trabalhava na roça e no garimpo... Sempre eu trabalhava com meu pai e não ganhava nada, fazia serviço para os outros... Ganhava R\$80 por mês.” – Grupo HSR (M4)

A maior parte do grupo entrevistado trabalhava na informalidade, não possuía carteira assinada, nem benefícios trabalhistas.

Dessa forma, foi possível observar na fala dos entrevistados que antes do adoecimento todos eles eram ativos, possuindo alguma função laboral. Entretanto, o trabalho era caracterizado pela pouca ou nenhuma necessidade de qualificação escolar, por ser informal e com exigência do esforço físico. Fazendo uma relação com os dados quantitativos da pesquisa, esta situação comprova a baixa escolaridade presente dentro dos serviços de Terapia Renal Substitutiva de Teófilo Otoni.

A inexistência da educação formal viabiliza poucas perspectivas do ponto de vista profissional, favorecendo a escolha de atividades laborais informais e com baixa exigência de qualificação.

Aproximadamente 74% dos pacientes em tratamento de hemodiálise nos Serviços de Teófilo Otoni são analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Essa realidade reforça a baixíssimo índice de escolaridade, o que conseqüentemente impacta na qualificação para o trabalho.

4.2.1.1.2 Subcategoria 02 – Lazer/ Social

Além do trabalho, outros aspectos são importantes na vida das pessoas, entre eles, o lazer e o vínculo social se destacam; sendo capazes de proporcionar bem estar e satisfação. São, também, indicadores de qualidade de vida.

Qualidade de vida tem vários patamares. Primeiramente, considera-se o patamar das necessidades básicas da pessoa, que precisam estar satisfeitas: não passar fome, ter onde morar, ter o que vestir, ter proteção contra problemas de saúde, enfim, os direitos humanos básicos. Depois o patamar vai se elevando e a qualidade de vida vai dependendo, assim, da convivência com outras pessoas, da satisfação de desejos de acordo com as características individuais de cada um (ALVES; SCLIAR, 2012).

Para grande parte dos entrevistados, o lazer e as relações sociais existentes estavam relacionadas ao vínculo institucional com alguma igreja e ao hábito de passear, passeio este, não configurado em viagens, mas no simples fato de sair de casa e ir para a rua, de encontrar pessoas.

“Quando largava o serviço eu podia passear, era a minha hora de descansar...” Tinha uma vida social ativa... os tios dela levava a gente pra passear” Grupo HSR (M3)

*“Eu sou evangélica e participava do grupo da igreja... Saía com minhas filhas, passeava...”
Grupo HSR (F4)*

“Eu sempre fui ativa né? Na igreja, eu sempre tive cargos...” Grupo HP (F1)

“Saía muito. Saía, namorava, fazia tudo. Gostava de festa...” Grupo HP (F2)

Através das entrevistas, pôde-se perceber que antes do adoecimento os entrevistados consideravam ter lazer e atividades sociais. Porém, pela própria característica da maioria dos pacientes, de viverem em lugares pequenos, as atividades sociais e o lazer estavam ligadas principalmente à igreja e ao passeio na própria cidade.

O grupo entrevistado demonstrou uma experiência cotidiana com pouca “conectividade virtual”, ou seja, a rotina desses indivíduos estava bem restrita ao território domiciliar, do local de moradia do paciente. O cotidiano era representado por uma menor interação à distância e pouca integração com outros territórios.

Essa percepção, não foi observada como queixa ou condição de inferioridade, mas apenas como uma característica do grupo estudado.

De acordo com Haesbaert (2005), esta conectividade virtual é necessária para a comunicação dos diversos territórios, podendo viabilizar as multiterritorialidades. A convivência mútua com vários territórios pode promover uma conexão entre eles e a forma como o indivíduo se sente pertencente a esses territórios permite a emergência das multiterritorialidades. No caso específico do paciente renal, a conectividade virtual surge de maneira imposta e obrigatória com o processo de adoecimento. Isso significa que o paciente renal passa a conviver constantemente com o território da doença, do tratamento e ao mesmo tempo se mantém conectado ao seu território de origem. A conectividade virtual implica a coexistência de dos vários territórios.

4.2.1.1.3 Subcategoria 03 – Relacionamento Afetivo/ Sexual

Com as entrevistas, pôde-se perceber a satisfação dos pacientes quanto aos seus relacionamentos afetivos e sexuais. A maioria dos entrevistados demonstrou que a condição

de uma boa saúde, possibilitava uma vida sexual ativa e bom relacionamento afetivo. Ao mesmo tempo, na fala de grande parte dos entrevistados percebia-se um sentimento de alteração dessa realidade pelo adoecimento, comprovada no tempo verbal empregado por eles.

“Era tudo normal, minha vida sexual tudo bem.” Grupo HSR (M4)

“Era tranquilo e tinha mais quantidade...” Grupo HP (M1)

“Tinha uma vida normal... Vivia bem.” Grupo HSR (F4)

O discurso observado traduz um sentimento saudosista, reforçado pela ideia de perda e de mudança dentro do cenário atual do paciente.

4.2.1.1.4 Subcategoria 04 – Atividade Física

A atividade física também é um fator importante para uma análise acerca das condições de vida das pessoas, principalmente, em se tratando de pessoas acometidas por alguma doença. Para grande parte dos indivíduos entrevistados, a atividade física era inexistente antes do adoecimento. Além disso, nas informações coletadas, a atividade física estava quase sempre associada à ideia de trabalho. Provavelmente pelo fato de serem, na maioria, trabalhadores rurais e domésticas, as funções laborais que normalmente faziam já exigiam deles um considerável esforço físico.

“Não, eu não fazia atividade física, só trabalhava.” Grupo HSR (F4)

“Já era um esforço físico... Às 05 horas da manhã montava em uma bicicleta e ia para o garimpo ou ia trabalhar pros outros panhando café.” Grupo HSR (M4)

“Não fazia atividade física. Era isso mesmo, trabalhava muito em casa, saía, só isso.” Grupo HP (F2)

A atividade física está representada no estudo não como uma ação de promoção de saúde e bem estar, mas como um mecânico esforço físico utilizado no dia-a-dia dessas pessoas.

De acordo com estudo realizado por Alves et al. (2005), a inatividade física é um importante fator de risco para as doenças crônicas. Na IRC, por exemplo, os hábitos de vida das pessoas contribuem ainda mais para o processo de adoecimento. Isso quer dizer que a alimentação, o sedentarismo, o consumo de álcool e tabaco, entre outros fatores, representam risco para a doença.

4.2.1.2 Categoria 02 – Significado da vida após a doença e o tratamento?

Essa categoria busca esclarecer a forma como o paciente percebe e encara sua condição de vida alterada pela doença e pelo tratamento, considerando subcategorias, como: trabalho, lazer/social, relacionamento afetivo/sexual e atividade física. Pretende relatar a compreensão do paciente acerca do território da TRS e suas implicações biopsicossociais.

A IRC e o tratamento de hemodiálise impõem ao paciente um novo e desconhecido território caracterizado pelo ambiente de hemodiálise. Além disso, a doença crônica com suas especificidades impõe a obrigatoriedade do tratamento por tempo indeterminado.

Conforme ressaltado por Saquet (2010), a territorialidade só existe quando o indivíduo se sente parte do território. É necessário que o paciente se sinta pertencente ao território do tratamento para que a territorialidade esteja presente.

Portanto, essa categoria esclarece a percepção do renal crônico acerca do tratamento, das transformações vivenciadas com a doença e do seu sentimento de pertencimento ao território da hemodiálise.

4.2.1.2.1 Subcategoria 01 – Trabalho

O trabalho representa para muitas pessoas a capacidade de serem úteis, reconhecidas e valorizadas dentro de uma sociedade. Trabalhar significa ser ativo e produtivo. Portanto, o

processo de adoecimento altera o cotidiano do paciente renal crônico, impactando, na grande maioria, em sua relação com o trabalho.

A doença e a rotina do tratamento de hemodiálise provocam alterações significativas no cotidiano dessas pessoas. A necessidade de cumprimento de horários para o tratamento inviabiliza as atividades laborais formalizadas, podendo acarretar um sentimento de menos valia e inutilidade nos pacientes.

Em estudo feito por Pietrovski e Dall’Agnol (2006), os autores destacam que o paciente se depara com inúmeras perdas – geralmente o emprego, o vigor físico –, tendo que se habituar com restrições alimentares e comparecer à clínica para dialisar três vezes por semana.

Em relação aos entrevistados, já não existia com frequência o trabalho formal antes do adoecimento. Fato este que permanece com a chegada da doença. Dificilmente um paciente que se submete a essa “disciplina” do tratamento conseguirá um trabalho formal, com carga-horária rígida e pré-estabelecida.

“Servicinho dentro de casa. Passar um pano assim... quando as meninas saem.” Grupo HSR (F3)

“Faço comida e lavo vasilha. Não aguento lavar roupa...” Grupo HSR (F4)

“É. A veia ‘alcova’ e eu planto com o pé. Eu não fico lá olhando pra ‘riba’ não, eu faço um monte de coisa lá. Tem que plantar né? Tem umas galinhas, uns porquinhos no chiqueiro...” Grupo HP (M1)

“De vez em quando eu faço um ‘biquinho’, não trabalho direto não.” Grupo HP (M2)

“Faço as minhas obrigações de casa normalmente” Grupo HP (F1)

Segundo Bezerra e Santos (2008), são várias as dificuldades enfrentadas por essas pessoas, as quais influenciam o seu cotidiano e o modo de se relacionar. Seja pela dependência da máquina ou pelas idas ao médico, o desempenho das suas atividades ocupacionais é dificultado, o que, conseqüentemente, desestrutura sua rotina diária.

Notou-se que, a partir do surgimento da doença, todos os pacientes foram afastados das suas atividades de trabalho. Entretanto, com o passar do tempo, alguns conseguiram retomar atividades mais simples, que exigiam pouco esforço físico.

No caso específico das mulheres, há uma tendência ao trabalho doméstico, o que facilita o retorno a alguma atividade laboral. Já os homens, por trabalharem na maior parte na área rural e em atividades que exigiam grande esforço físico, o retorno ao trabalho tornou-se mais complicado.

No ir-e-vir da realidade da vida cotidiana destes doentes, o dia seguinte emerge como uma pausa de alívio nas alterações físicas e pequenas atividades laboriosas podem até ser realizadas. Aos doentes do sexo feminino as atividades domésticas oferecem oportunidade de ocupação do tempo e a percepção da capacidade individual como ser humano produtivo, entretanto, aos do sexo masculino, o dia seguinte é percebido apenas pela melhora das condições físicas, mas não exercem atividade ou esforço físico que possam considerar como ‘trabalho’ (MACHADO; CAR, 2003 p.31).

No estudo feito por Pereira e Guedes (2009), a incapacidade física para o desenvolvimento das atividades cotidianas de trabalho provoca sentimentos que deprimem a qualidade do existir para o paciente.

4.2.1.2.2 Subcategoria 02 – Lazer/ Social

Diante da alteração da rotina do paciente com o tratamento de hemodiálise suas atividades sociais e de lazer acabam ficando também comprometidas. São perdas que desestruturam o cotidiano dessas pessoas e provocam sentimentos de inferioridade e menos valia.

“Hoje não, hoje eu não tô tendo vida social, certo? Tô tendo vida doméstica, certo?” Grupo HSR (M3)

“Olha, de vez em quando eu saio para a igreja, devagarzinho, correr não aguento.” Grupo HSR (M4)

“Às vezes a gente quer ir num canto e não pode ir por causa do tratamento... quando eu tenho tempo eu gosto de ir num futebol, numa cavalgada...” Grupo HP (M2)

“Vou à igreja quando alguém me leva de carro... Não tô conseguindo andar.” Grupo HSR (F4)

“Faço serviço social na igreja.” Grupo HP (F1)

“Agora eu não saio muito. Eu saio de vez em quando. É muito difícil agora. Agora eu fico mais em casa.” Grupo HP (F2)

De acordo com o grupo de entrevistados, há uma indicação clara da modificação do cotidiano destes pacientes. A grande maioria sofreu uma diminuição das suas redes de relações em função do adoecimento e do tratamento. A fala dos pacientes demonstra o sentimento de limitação causado pela doença e a necessidade de adaptação a essa nova realidade.

No estudo feito por Carreira e Marcon (2003), grande parte das famílias apontou mudanças no ritmo de vida que tinham, inclusive no que se refere ao trabalho. Essas alterações provocaram uma situação muito difícil para a família, pois a mudança na rotina de vida do indivíduo teve, como consequência, a mudança na da família também, mudanças essas que vão desde o tipo de alimentação utilizado, até à quantidade e tipo de programas de lazer.

Vivemos em uma sociedade em que o lazer e as relações sociais estão diretamente relacionados aos hábitos alimentares. Essa circunstância acaba sendo mais um obstáculo para o paciente renal crônico, uma vez que o mesmo tem de se submeter às restrições alimentares significativas.

Machado e Car (2003) apontam que o tratamento surge na vida do doente e transforma o seu cotidiano. O tratamento traz, em si, diversas realidades reveladas por alterações físicas, sociais e até de simples prazeres, como o de se alimentar com a comida que gosta ou beber água à vontade, conforme a sede o exige.

Dessa forma, o tratamento de hemodiálise contribui de forma importante para uma perda da qualidade e quantidade de atividades sociais e de lazer. Para grande parte dos entrevistados as atividades sociais diminuíram, ficaram limitadas e relacionadas quase sempre às atividades nas instituições religiosas frequentadas pelos pacientes. Além disso, a condição física dos pacientes também dificulta e restringe o relacionamento social.

4.2.1.2.3 Subcategoria 03 – Relacionamento Afetivo/ Sexual

No discurso da maioria dos pacientes, notou-se pouca distinção entre o relacionamento afetivo e sexual. Em muitos momentos, aparecem com o mesmo significado. A maior parte do grupo demonstrou ter relacionamentos estáveis e vida sexual ativa, porém com mudanças após o processo de adoecimento.

Pôde-se perceber uma diferença entre homens e mulheres. O discurso dos homens demonstra um impacto mais negativo da doença em relação à atividade sexual. As mudanças advindas da doença e do tratamento afetam os homens, através da diminuição da força física, de um sentimento de perda, menos valia e piora do desempenho sexual.

“Era tudo normal, minha vida sexual era tudo bem, mas depois que a gente cai nessa parece que o trem muda tudo.” Grupo HSR (M4)

“Hoje tem assim a quantidade, né? Porque hoje não pode mais ‘cê’ sabe, né? Adoeceu, a força é menos. Tem que ser controlado, né? Não parou...” Grupo HP (M1)

“Ainda é ativa. Eu posso falar por mim, não por minha esposa... Hoje eu sinto falta, a gente quando adocece e a idade vem chegando você continua a ser aquela pessoa bonita que você sempre foi, mas a aparência vai mudando muito... Hoje em dia mudou muita coisa...” Grupo HSR (M3)

“Justamente, muda por causa do tratamento, né? Um dia a pressão ‘tá’ boa, no outro não ‘tá’... É muito da cabeça da pessoa, né? O dia em que a pessoa não está com a cabeça boa, aí não acontece...” Grupo HP (M2)

Já as mulheres parecem compreender melhor as alterações sofridas pela doença e pelo tratamento. Traduzem nos seus discursos uma maior conformidade diante das perdas vivenciadas, considerando o comportamento sexual. Elas aparentam não valorizar e priorizar como o homem o desempenho sexual. A mulher entende a sexualidade de uma forma mais ampla que o homem. Para o homem, a sexualidade pressupõe a capacidade sexual, a potência sexual.

De acordo com Nogales (2006) apud Gomes (2011), a conduta sexual masculina costuma ser influenciada pelo imaginário social: preocupação com o tamanho do pênis, a importância do

coito na relação sexual, a exigência de se experimentar uma ereção imediata e a redução da sexualidade à área genital. Essas são consideradas verdades pelo homem.

“Tenho relacionamento sexual normal. Ele é uma pessoa muito compreensiva...” Grupo HP (F1)

“Ainda tem relacionamento sexual... Mas, ele fala que eu sou uma pessoa doente, ‘que não sei o quê’, põe defeito ‘ne’ mim. Me xinga...” Grupo HSR (F3)

“Tenho paquera... Tenho relacionamento sexual tranquilo...” Grupo HP (F2)

Através das entrevistas, percebeu-se que o relacionamento afetivo/ sexual, apesar de fazer parte da vida do paciente, sofreu modificações após o processo de adoecimento.

4.2.1.2.4 Subcategoria 04 – Atividade Física

A prática de atividade física é um indicador importante nas condições de vida de uma população, influenciando tanto a saúde quanto a doença. Muitas patologias limitam o indivíduo em relação à atividade física. No caso específico da IRC, o cotidiano do tratamento, o desgaste físico, a condição clínica e as complicações da doença dificultam a prática de atividade física.

No estudo feito por Machado e Car (2003), após a hemodiálise, o doente sente indisposição que o impede de realizar qualquer atividade física. Em relação aos pacientes entrevistados, a realidade não é diferente. A maioria dos pacientes não faz atividade física e já não fazia antes do adoecimento. A atividade física estava sempre associada ao esforço físico para atividades laborais e não uma ação distinta ligada ao bem estar.

Um ponto relevante percebido com o discurso dos pacientes é que, pelo fato de não trabalharem, responderam com mais firmeza que não praticam atividade física, o que mais uma vez comprova a relação com a prática laboral. Através do discurso de alguns entrevistados, compreendeu-se que a doença e o tratamento comprometem com o tempo a sua

condição física, impedindo este tipo de atividade. Além disso, notou-se que a prática de atividade física não é um hábito frequente dos entrevistados.

“Hoje não faço atividade física, não estou aguentando já estou sentindo dor nas duas pernas...” Grupo HSR (M4)

“Não, não faço nada, não consigo...” Grupo HSR (F4)

“Ah, eu tenho preguiça. Não faço atividade física.” Grupo HP (F2)

Parte dos entrevistados relatou andar de bicicleta, mas como meio de locomoção e não como uma prática de atividade física em si.

“Não faço nada mais não. Andar de bicicleta eu ando demais na rua...” Grupo HP (M1)

“Ando de bicicleta quando vou na rua” Grupo HP (F1)

4.2.1.3 Categoria 03 – A família na hemodiálise

Essa categoria diz respeito à presença de um membro da família acompanhante do tratamento e o que este familiar faz durante o tempo em que o paciente está na máquina de hemodiálise. Sabe-se que o processo de adoecimento acomete não só o paciente, mas todo o núcleo familiar. Muitas familiares abandonam seus afazeres para acompanhar o doente durante o tratamento. Isso significa que a doença e o tratamento representam uma ruptura no cotidiano não só do paciente, mas de toda a família.

Segundo Ribeiro (2007), a experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus membros e mostra ainda que, em cuidados primários de saúde, é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. O autor ressalta, ainda, que alguns estudos confirmam que facultar informação aos familiares relacionada com o lidar com a doença pode corresponder a um dos mais úteis procedimentos por parte dos profissionais de saúde, permitindo desta forma melhores resultados em termos clínicos. A família, inserida no contexto do tratamento, pode viabilizar melhores respostas do ponto de vista clínico para o paciente.

Apesar do que foi destacado, o intuito dessa categoria não foi avaliar aspectos diretos da percepção do acompanhante, mas o que isso representa para o paciente. Este estudo não priorizou compreender os efeitos do tratamento na vida do familiar. Porém, considerou a relevância do acompanhante como suporte ao paciente neste território da IRC.

Os familiares são os que mais apoiam os doentes crônicos perante a solicitação do ponto de vista físico, incluindo a preparação de refeições, a administração de medicação e nos cuidados diários. Os familiares são ainda a maior fonte de apoio emocional e suporte social. A doença crônica afeta todos os aspectos da vida familiar. Os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados (RIBEIRO, 2007, p. 303).

A condição de debilitação, muitas vezes imposta pela doença e tratamento, proporciona a necessidade de um apoio maior familiar. Além disso, a família participativa no tratamento do paciente possibilita um maior envolvimento e comprometimento com a situação de doença. Portanto, o alicerce dado pelo familiar pode favorecer a adesão do paciente ao tratamento e uma melhor aceitação da sua realidade.

os pacientes destacaram que o apoio de familiares e amigos proporciona força e coragem para continuar a lutar contra os medos e sofrimentos inerentes à sua situação. A sensação de não estar sozinho, de sentir-se apoiado por pessoas que fazem parte de seu mundo foi ressaltada (PEREIRA; GUEDES, 2009).

Para a convivência nesse novo território do tratamento de hemodiálise, a família é imprescindível. Não somente no acompanhamento das rotinas periódicas da TRS, mas também no incentivo incondicional ao paciente. As mudanças previstas na vida do paciente diante do novo território do tratamento da doença podem ser melhores absorvidas com a presença do familiar.

4.2.1.3.1 Subcategoria 1 – Quanto à presença ou ausência de acompanhante para o tratamento

As entrevistas permitiram perceber que a maioria dos entrevistados não possui acompanhante para o tratamento. Alguns relatam e justificam que o transporte que os leva até a hemodiálise não possui vagas para os acompanhantes.

Os municípios responsáveis pelo transporte do paciente renal até o Serviço de Terapia Renal Substitutiva nem sempre apresentam condições para a disponibilização de vagas para o

acompanhante familiar. As vagas acabam sendo liberadas apenas para os pacientes com uma condição de debilitação clínica maior, para idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais.

“Não, não tem, tem que ir sozinho, se ela for o carro não cabe. O carro é apertado e nós viemos exprimidos.” Grupo HSR (M4)

“Não tenho acompanhante. O carro me pega lá na porta de casa e eu venho e volto sozinho. Não tem lugar no carro...” Grupo HSR (M3)

Outros entrevistados, disseram não ter acompanhante por estarem em situação clínica favorável e não necessitarem deste apoio, no momento. A ausência do acompanhante, nestes casos, pressupõe um sentimento de autonomia.

Entretanto, é importante salientar, que a IRC e o tratamento de hemodiálise podem provocar circunstâncias inesperadas, que afetam a estabilidade clínica do paciente (alteração da pressão arterial, câimbras, dores, vômitos, entre outros sintomas), o que permite compreender a importância da presença do acompanhante, independente da condição clínica do mesmo.

A verba para o transporte dos pacientes e acompanhantes é um benefício concedido pelo Ministério da Saúde, sendo transferido diretamente aos cofres das prefeituras quando as mesmas possuem gestão plena. Caso contrário, o Estado recebe a verba do Ministério da Saúde e repassa aos municípios que foi incorporado ao Piso de Atenção Básica. O benefício observa os princípios da universalidade, equidade e integralidade tão enfatizadas pelo Sistema Único de Saúde. Ele assegura o acesso do paciente inter e intramunicipal e acompanhante às unidades de Hemodiálise, possibilitando a continuidade ao tratamento (BRASIL, 1988) *apud* (ALBERNAZ; SOUZA; LEMES, 2010).

“Não. Assim, acompanhante não. Também nunca precisei” Grupo HP (M2)

“Não. No começo vinha, agora não precisa não.” Grupo HP (F1)

Nas entrevistas, também surgiram discursos de pacientes que não possuem acompanhantes e que remetem a uma falta de apoio por parte da família.

“Não. Venho sozinha. Depois que o meu marido não quis me acompanhar mais... As meninas não quis, porque elas estudam e não podem me acompanhar, né?” Grupo HSR (F3)

Os pacientes que relataram possuir acompanhantes são idosos ou debilitados fisicamente, o que confirma a percepção discutida anteriormente.

“Eu tenho uma filha, ela tá com 40 anos, mas a minha filha machucou o pé. Antes ela trabalhava. Saiu de lá pra me acompanhar. Ela machucou o pé, mas tá boa.” Grupo HP (M1)

“Tenho. Minhas duas filhas...” Grupo HSR (F4)

Com base nas entrevistas, ficou evidenciado que nem sempre o paciente pode optar pela presença ou não do acompanhante e que, na grande maioria, não existe esse apoio presencial nas sessões de hemodiálise por parte da família. Porém, mesmo diante da importância do acompanhante no tratamento, para alguns a ausência do familiar determina liberdade e independência.

4.2.1.3.2 Subcategoria 2 – atividade realizada pelo acompanhante enquanto está na hemodiálise

Nas entrevistas, esta pergunta foi feita apenas para os pacientes que informaram ter acompanhantes. A ocupação do acompanhante durante a sessão de hemodiálise é necessária para que este esteja mais tranquilo e consiga realmente desempenhar o seu papel de apoio ao paciente.

“Fica me esperando...” Grupo HP (M1)

“Elas ficam lá fora me esperando terminar ou vai na rua dar umas voltas por aí...” Grupo HSR (F4)

Entretanto, o que se notou nas entrevistas é que este acompanhante não tem uma ocupação específica e direcionada durante as quatro horas de hemodiálise. Está ali exclusivamente esperando o tempo passar e retornar aos seus afazeres. Portanto, com o discurso dos pacientes,

notou-se a ociosidade que envolve o território da Terapia Renal Substitutiva para os acompanhantes.

4.2.1.4 Categoria 04 – atividade realizada pelo paciente enquanto está na hemodiálise

Essa categoria buscou descrever quais as principais atividades realizadas pelos pacientes durante o tempo em que ficam na máquina de hemodiálise fazendo a filtração do sangue. O tratamento ambulatorial de hemodiálise acontece três vezes por semana, com duração de, aproximadamente, quatro horas cada sessão.

Dentre as várias mudanças vivenciadas pelo paciente, uma delas é o cotidiano frequente do território da Terapia Renal Substitutiva, bem como as suas exigências. O tempo de permanência na máquina é uma necessidade que funciona como “lei”. Dessa forma, é importante que o paciente consiga durante este período sentir-se bem frente ao tratamento. Este estado emocional desfavorável é influenciado por diversos fatores (condição clínica do paciente, ansiedade, medo, conflitos familiares e a própria ociosidade).

Segundo Fortes et al. (2010), o tratamento de hemodiálise possibilita a melhoria dos sintomas, porém esse recurso é ininterrupto, podendo se tornar bastante cansativo e repetitivo. A rotina contínua e duradoura das sessões impõe ao paciente a suspensão das suas atividades diárias e a dedicação por quatro horas, três vezes por semana, ao tratamento na máquina, processo que muitas vezes se repete por tempo longínquo, provocando a monotonia.

O estudo realizado por Pietrovski e Dall’Agnol (2006), destacou em diversos depoimentos o surgimento de queixas relacionadas ao barulho na sala de hemodiálise, ao ambiente – considerado muito frio – e à falta de lazer durante o tempo em que se submetem ao tratamento hemodialítico.

Através do discurso dos entrevistados percebeu-se que não existem atividades de entretenimento planejadas e periódicas nos serviços de TRS onde a pesquisa foi realizada. A falta de atividades desta natureza faz com que os pacientes busquem por si mesmos

preencherem o seu tempo ocioso na hemodiálise. O grupo entrevistado descreveu as seguintes atividades mais frequentes durante a hemodiálise: dormir, rezar, assistir TV e ler.

“Eu peço a Deus por mim, né? Eu passo a hora aqui, na minha cabeça, né? Sinto Jesus, Ele me dá força.” Grupo HP (M1)

“Ah, tem hora que dá sono e a gente dorme...Tem vez que eles ligam a TV e a gente fica assistindo; converso com a Enfermeira também.” Grupo HSR (F3)

“Eu acho cansativo. Parece que as horas não passam. Que o tempo tá parado, mas é normal. Eu não tenho problema com isso não.” Grupo HSR (F4)

“Eu leio, eu durmo, eu converso, eu dou risada, eu faço de tudo. Comigo não tem tempo ruim não. Mas a maior parte do tempo meu é lendo e dormindo... É, pelo tempo né? Tipo assim, porque é desgastante. Às vezes você “tá” fazendo algum serviço, alguma coisa assim, e naquele horário você tem que deixar, pra poder vir. Aí você fica meio estressada com aquilo, mas... normal, dá pra levar.” Grupo HP (F1)

Alguns dos entrevistados se queixaram da monotonia e ociosidade no tratamento. Entretanto, nos discursos, demonstraram superação das dificuldades.

4.2.1.5 Categoria 05 – Percepção sobre o tratamento de hemodiálise

Através das entrevistas, os pacientes disseram como percebem o território da hemodiálise e como lidam com ele e suas dificuldades. Estes discursos traduzem as multiterritorialidades presentes no cotidiano da Terapia Renal Substitutiva.

De acordo com Haesbaert (2005), a condição para a existência das multiterritorialidades é justamente a multiplicidade de territórios e a complexidade dos mesmos. O território da hemodiálise é permeado por diversas vivências que se manifestam em um determinado tempo e espaço, individualmente e coletivamente. A forma como as experiências são expressas retratam as multiterritorialidades. De acordo com a maioria dos entrevistados, o território da hemodiálise é percebido como a possibilidade de sobreviver, ou melhor, de viver. Ao mesmo tempo é compreendido como uma “lei”, sem opção de escolha, algo imposto pela condição da existência humana.

No estudo feito por Pietrovski e Dall’Agnol (2006), a sensação de obrigatoriedade em aceitar o tratamento, como única forma de manutenção da vida, e a fé em Deus como fator de auxílio para enfrentar essa situação foram questões incisivas na fala dos informantes. Para o doente com IRC, o tratamento hemodialítico é necessário, provocando uma realidade que não há como ser diferente. Não existe opção, pois ele necessita do tratamento. Fica claro que existem situações na vida que independem da vontade e fogem ao controle do indivíduo. A adaptação não acontece em um passe de mágica, é um processo complexo que mobiliza estruturas individuais.

“Bem, a hemodiálise pra mim, que preciso dela, é uma vida, a hemodiálise. É a pessoa não abaixar a cabeça, porque a hemodiálise é um tratamento muito bom. Se a pessoa levar a sério, ele vive muitos anos. Agora se ele não levar a sério, não tem condições dele sobreviver. Geralmente eu falo muito com os meus colegas, primeira coisa da hemodiálise, você tem que tratar as pessoas bem, pras pessoas tratarem a gente bem. E outra coisa, não pensar que isso aqui é uma brincadeira; porque não é brincadeira não. Hemodiálise é vida.” Grupo HP (M2)

“Falar que o tratamento não é fácil, né? Do tempo que estou aqui; eu graças a Deus, dos que eu sei que “tá” aí... O resto tudo já foi, né? Grupo HP (M1)

“Ah, muita coragem, muita fé, tem que ter muito ânimo né? Vontade de viver, lutar pela vida mesmo, porque é um tratamento difícil. Tipo assim, o período de adaptação é muito difícil! Mas você tem que lutar. Se você quer viver, se você quer, você tem que lutar.” Grupo HP (F1)

“Eu falava, eu avisava, a gente tem o tratamento, mas não tem previsão se sai logo não, vai ficar muito tempo fazendo, de vez em quando dá uma recaída e a pessoa não pode achar que vai ficar bem o resto da vida, de repente da uma descontrolada... A hemodiálise... sem ela a pessoa morre mesmo.” Grupo HSR (M4)

“Eu falaria é que vale a pena porque a gente tem a oportunidade de fazer o tratamento. Tem a oportunidade de melhorar. Pior é ficar sem fazer, né? Muito pior. Então é só você seguir o regulamento certo, e as dietas tudo direitinho, pra você ter a oportunidade de viver mais tempo. Eu ‘aconselhava’ fazer, porque é o certo. A hemodiálise pra mim é ter a chance de viver mais um dia.” Grupo HSR (F4)

No estudo realizado por Pereira e Guedes (2009), os pacientes reconhecem ser a hemodiálise o principal fator para a sua sobrevivência. Apesar de ser um pesado fardo, é um tratamento obrigatório que garante a manutenção do bem-estar.

“Bem, eu sempre chego com palavras de otimismo, né? Que no princípio, mas depois a pessoa acostuma, certo? E falo do meu drama no começo, que era choro 24 horas, né? Eu achava que eu ia fazer aquele tratamento e depois ia pra casa e já tem 15 anos que eu tô aqui e eu procuro fazer da hemodiálise, o melhor lugar pra mim, sabe? Aqui eu só sou doente quando eu tô na máquina, que me furam, certo? Porque pra mim tudo isso aqui continua sendo uma agressão. Uma agressão que eu permito porque eu preciso, sabe?” Grupo HSR (M3)

“Ah, no começo é difícil, mas não é tão ruim assim não. Depois você acostuma. No começo não é fácil não. Não vou falar que é fácil, porque é difícil. Mas com o tempo você acostuma né?” Grupo HP (F2)

“Oh moça, é seguir a, como é que se diz? A regra que a nutricionista ensina né? Porque muitos pacientes, às vezes, perde a vida por causa “do que” eles não obedecem (aí eu comer de tudo, aí eu vou fazer isso, aí eu vou fazer aquilo... Então abusa do tratamento. Então acha que aquilo que ela “tá” falando entra aqui e sai ali. Então é bom seguir as regras que ela ensina, né? Os ensinamentos que eles ensinam. Porque a desobediência que às vezes já “levou” muitos, né? Grupo HSR (F3)

Foi possível observar também, através da fala dos pacientes, que a hemodiálise é percebida como difícil, tendo regras importantes que não podem ser quebradas. O tratamento exige uma disciplina e uma obediência às normas que representam a manutenção da vida para o paciente. A transgressão às regras pode implicar na piora da condição clínica do paciente ou até mesmo sua morte. Apesar das dificuldades vivenciadas com o tratamento, a maioria dos pacientes mostrou no seu discurso palavras de otimismo e esperança para o enfrentamento da realidade. Além disso, ficou evidenciada a necessidade de adaptação como ferramenta para suportar as mudanças sofridas com a doença e o tratamento hemodialítico. O território da Terapia Renal Substitutiva é permeado por circunstâncias contraditórias presentes na aproximação e no distanciamento entre a vida e a morte.

Machado e Car (2003) ressaltam que o significado da hemodiálise como algo imprescindível também está presente, além das contradições do tratamento. Para os doentes, a hemodiálise é

“necessária”. Assim, nesse fenômeno, o necessário emerge como opressor, trazendo uma realidade árdua e repleta de restrições, mas necessária. Para alguns doentes, a possibilidade de transformação da cruel realidade é a adaptação ao tratamento.

4.2.1.6 Categoria 06 – Significado das viagens para o tratamento

Essa categoria diz respeito ao sentido dado pelo paciente à necessidade de viajar para a realização do tratamento. Muitos pacientes vivem em municípios distantes dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e precisam se deslocar para ter acesso ao tratamento.

Os pacientes entrevistados viajam em média 700 Km por semana para se submeterem ao tratamento de hemodiálise. É importante ressaltar que esse grupo não se enquadrava no perfil de pacientes que fazem longas viagens. São municípios considerados mais próximos de Teófilo Otoni. Existem pacientes que chegam a viajar mais de 1.500 Km por semana, conforme os dados da pesquisa quantitativa apresentada.

Apesar disso, através das entrevistas, percebeu-se que a viagem para o tratamento de hemodiálise é algo cansativo e penoso para os pacientes. Provoca desgaste físico e emocional.

“As viagens é que me cansam, isso aí é que derruba. Sou um homem de 40 anos e já comecei a ficar fraco, eu saio do carro com as pernas bambas. Já to fraco, não sou igual eu era.” Grupo HSR (M4)

“Se tivesse na minha cidade era muito melhor. Porque a viagem que é cansativa pra mim. Você vem terça, quinta e sábado; e quando você chega em casa, você está cansada. Não está aguentando fazer nada. É muito ruim, eu acho... Tenho que ‘tirar’ as minhas filhas pra vir comigo... É muito cansativo também pra elas.” Grupo HSR (F4)

“Quando a gente não ‘tá’ com preguiça, até que dá; mas a gente vem porque é o jeito. Não é fácil não, mas tem que vir, né? Tem época assim que a gente fica muito cansada...” Grupo HP (F2)

Em estudo feito por Pereira e Guedes (2009), no que diz respeito às mudanças decorrentes da situação de doença que permeiam seu existir, os pacientes relatam dificuldades em relação à necessidade de se deslocarem para outra cidade para realizarem as sessões de hemodiálise.

Um dos entrevistados, ao comparar as viagens com o fato de morar em pensão no município de Teófilo Otoni, enfatiza sua preferência pelo deslocamento. Para este entrevistado, a viagem é compensada com a possibilidade de viver em casa e de ter mais autonomia.

“Assim, viajar é melhor que ficar na pensão. Porque, pelo menos, a gente “tá” em casa. Na casa da gente. E ficar em pensão, mesmo que a gente às vezes tenha liberdade, mas não é igual à casa da gente não.” Grupo HP (M2)

A imposição da viagem em uma rotina quase que ininterrupta e exaustiva causa no paciente a certeza da convivência constante em um território marcado por riscos, medos, inseguranças e desafios. As viagens representam mais um complicador para a debilitação do paciente. Muitos viajam sem conforto e sem as condições que realmente precisavam para o tratamento. Portanto, pelo discurso dos pacientes, as viagens são difíceis, desgastantes e limitantes.

4.2.1.7 Categoria 07 – Teófilo Otoni como opção de território para viver

Essa categoria buscou identificar qual o desejo do paciente em relação à possibilidade de morar em Teófilo Otoni para se submeter ao tratamento de hemodiálise, além de apontar a relevância deste território para o mesmo.

De acordo com as entrevistas, alguns pacientes relataram os empecilhos a serem enfrentados caso morassem em Teófilo Otoni. Para muitos, seus gastos seriam maiores caso tivessem que residir em outra cidade, incluindo as mudanças que impactam toda a família e os costumes a serem mantidos.

“Fica meio pesado pra gente, no meu caso no outro dia já vem. Um dia pra descansar e outro dia pra ir, não dá pra ter compromisso com nada. Eu sei o que é melhor pra mim, no meu caso é morar em Carai, morar aqui o aluguel é caro... Morar em Carai o dinheiro não sobra, mas dá pra pagar o aluguel, luz...” Grupo HSR (M4)

“Não. Porque pra mim vir pra Teófilo Otoni eu tinha que trazer minhas filhas, e elas não querem. Elas já têm sua vida lá, o marido trabalha lá...” Grupo HSR (F4)

“Não. Eu não. Lá é bom, eu gosto de lá.” Grupo HP (F2)

“Pra mim, é melhor eu vim lá de casa pra cá do que morar aqui... Primeira coisa, eu não gosto de cidade grande. Acostumado com o ‘interiorzinho’... Prefiro lá na roça do que em Teófilo Otoni.” Grupo HP (M2)

Através das entrevistas, ficou evidenciado que mesmo com o desgaste e o cansaço das viagens, os pacientes preferem viver no seu município de origem. Apesar dos obstáculos enfrentados com as viagens, estas são necessárias para mantê-los no território da sua família, com sua cultura, costumes e hábitos. Se o paciente antes fazia parte de circunstâncias que demonstravam pouca conectividade virtual, com o tratamento esta conexão entre os diversos territórios passa a existir por uma necessidade de sobrevivência. A conectividade virtual presente entre estes territórios aproxima a ideia de que é extremamente difícil delimitar onde começa e onde termina cada um. Quando o paciente retorna para a sua casa, é óbvio que ele traz consigo sentimentos, emoções, histórias, símbolos, amizades, dores, representadas no território da Terapia Renal Substitutiva e vice-versa.

As respostas dos entrevistados permitiram concluir que o paciente vivencia uma multiplicidade de territórios, de forma simultânea e dinâmica. O processo de adoecimento fragiliza e causa uma série de rupturas na vida do paciente e da família, porém, os discursos comprovaram que não são suficientes para causar um desenraizamento ou a desterritorialização. O paciente não perde suas raízes, mas passa a conviver com cada uma delas através das multiterritorialidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu caracterizar o perfil do paciente com IRC que se submete ao tratamento de hemodiálise nos serviços de Terapia Renal Substitutiva de Teófilo Otoni/MG. Tanto os dados coletados através do SYS/ NEFRODATA quanto o resultado das entrevistas com os pacientes foram capazes de demonstrar a realidade biopsicossocial do paciente renal crônico, sua relação com o território antes do adoecimento, sua relação com o território da hemodiálise, as multiterritorialidades envolvidas no tratamento, além da percepção dos pacientes frente à vida.

Nas entrevistas, foi possível conhecer um pouco das condições de cada paciente e sua realidade, delineando-se, de forma subjetiva, o território da hemodiálise. O estudo foi facilitado pela disponibilidade e presteza dos entrevistados para a realização da pesquisa.

Os dados obtidos no SYS/NEFRODATA referentes aos dois centros de diálise de Teófilo Otoni revelaram o perfil do paciente com IRC. São indivíduos na maioria adultos de meia idade e idosos (75%), com predominância do sexo masculino (61%), com baixíssimo nível de escolaridade (74%), casados (53%), que não residem no município de Teófilo Otoni (70%) e que possuem dois anos ou menos de tratamento hemodialítico (48%). O perfil do território espacial dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva da pesquisa faz parte de uma área de abrangência que engloba 57 municípios da macrorregião nordeste (Teófilo Otoni), 06 da macrorregião Jequitinhonha (Diamantina)⁶ e também alguns municípios do Sul da Bahia e Norte do Espírito Santo.

Esse território espacial é caracterizado por ser constituído por municípios com dificuldades socioeconômicas significativas que refletem nas condições biopsicossociais das populações atendidas. É uma região de grandes vulnerabilidades sociais, com déficits relevantes na saúde

⁶ Classificação utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde/ MG.

e na educação. Essa área de abrangência também se identifica por problemas nas gestões municipais, com falta de infraestrutura, carência de planejamento dos investimentos e com indicadores negativos no desenvolvimento populacional. É importante ressaltar que os dados encontrados através deste estudo confirmam este mesmo cenário retratado na caracterização do território espacial da pesquisa. Essas considerações recomendam aprofundar mais o estudo sobre as discrepâncias sociais da região.

Uma sugestão para um próximo estudo diz respeito a uma análise dos dados do SYS/NEFRODATA após um determinado período de tratamento dos pacientes. Esta situação viabilizaria uma comparação dos indicadores antes e depois do cadastramento dos mesmos. Os dados do SYS/NEFRODATA retratam o momento de entrada do paciente no STRS. Isso significa que variáveis como: estado civil, escolaridade, entre outras, poderiam sofrer alteração com o decorrer do tempo. Mesmo assim, os aspectos qualitativos da pesquisa permitiram esta análise.

O estudo buscou compreender o significado da vida para o paciente renal crônico antes do seu adoecimento. Para isso, foi de fundamental importância o conhecimento acerca do estilo de vida de cada paciente, representado em aspectos como o hábito etílico/tabagismo, trabalho, lazer, as relações sociais, o relacionamento afetivo/sexual e a prática de atividade física. Os grupos entrevistados demonstraram semelhanças nos aspectos que traduzem sua forma de viver e na percepção da vida antes do adoecimento. Quanto ao hábito etílico/tabagismo, os grupos entrevistados apontaram uma diferença de gênero. Todos os homens participantes da pesquisa informaram ter feito o uso de bebida alcoólica e cigarro antes do adoecimento. Já em relação às mulheres, falaram não ter tido estes hábitos. Quanto à situação de hoje, grande parte dos pacientes não faz uso de bebida alcoólica e cigarro.

Os pacientes indicaram, em seus discursos, trabalhar na informalidade, com uma atividade laboral especificamente rural (homens) e doméstica (mulheres), com exigência de esforço físico. Foi possível perceber, também, certo contentamento com o relacionamento afetivo/sexual, a inexistência de variabilidade nas atividades de lazer – para a maioria, restritas a ir à igreja e ao passeio dentro do município de residência. Além disso, notou-se que, para eles, a atividade física se mistura com esforço físico utilizado para o trabalho.

Em seus discursos, os pacientes revelaram suas percepções acerca do território antes do adoecimento e seu sentimento de pertencimento a ele. O trabalho permitiu perceber o enraizamento de cada um deles em seu próprio território. A vida antes da doença era movimentada pelo trabalho árduo, pesado, com poucos intervalos para diversão, entretenimento, mas pelo prazer da condição de “ser saudável”.

A realização deste estudo buscou também conhecer a vida dos pacientes depois da doença e do tratamento de hemodiálise. Para isso, aspectos referentes aos hábitos de vida deles foram considerados.

Os discursos demonstraram que a maioria dos pacientes não exerce atividade laboral desde o adoecimento. Entretanto, apontou uma diferença de gênero: as mulheres conseguem com mais rapidez retomar alguma função, pela própria característica e tipo de trabalho (doméstico). Já os homens, sentem maior dificuldade, pois o trabalho realizado antes da doença exigia grande esforço físico, o que os impede de fazê-lo após a hemodiálise.

Em relação ao relacionamento afetivo/ sexual, os discursos demonstraram mudança e piora do desempenho. No caso específico dos homens, percebeu-se maior dificuldade frente a essa realidade. Após o adoecimento, as atividades sociais e de lazer diminuíram, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento de hemodiálise inviabilizou para grande parte dos pacientes qualquer tipo de atividade física.

O estudo possibilitou uma percepção maior da vida dos pacientes após o tratamento e sua relação neste território. Mostrou que os pacientes viviam restritos quase que na totalidade ao território da sua família, dos seus costumes e hábitos. A convivência com o tratamento de hemodiálise transformou suas vidas de maneira abrupta e só restou a necessidade de adaptação. Essa nova condição, permeada por múltiplos territórios, garantiu uma diversidade maior de experiências representadas ao mesmo tempo pelo paradoxo do sofrimento e pelo alívio da possibilidade de sobrevivência. Demonstrou-se que a forma como os pacientes lidam com sua condição determina, no futuro, a maneira de enfrentamento dos múltiplos territórios, fazendo emergir as multiterritorialidades, é que promove a vida.

Outro aspecto revelado pelo estudo foi a relevância da família no desenrolar do tratamento do paciente. O estudo apontou as dificuldades dos familiares para acompanharem seus pacientes durante o tratamento, bem como a situação de ociosidade daqueles que permanecem longas horas a espera do final de um dia de hemodiálise. Essa monotonia do tratamento foi percebida no discurso dos pacientes, sendo difícil para eles também, suportarem às 12 horas semanais de hemodiálise. Porém, mesmo com os obstáculos, eles demonstraram persistência na rotina do tratamento e adaptação à mesma.

O estudo não objetivou conhecer a realidade das famílias, mas mesmo assim, foi possível perceber o apoio, o incentivo e esperança que a família pode transmitir na luta pela vida. Para um próximo estudo, a percepção da família frente ao processo de adoecimento e tratamento pode ser algo pertinente para uma investigação.

Os grupos participantes da pesquisa foram, por critério de inclusão, compostos por pacientes com maior tempo de hemodiálise (de 9 a 19 anos de tratamento). São pacientes adaptados ao tratamento e que conseguiram focar mais na possibilidade de sobrevivência do que na iminência real de morte. Dessa forma, o trabalho permitiu compreender que o paciente adaptado e com maior grau de entendimento acerca da sua condição consegue lidar melhor com o território da hemodiálise, promovendo sua sobrevivência. Mesmo diante de todas as perdas o ganho da vida é crucial.

O estudo demonstrou que as viagens são cansativas e exaustivas para o paciente. Apesar disso, eles preferem se submeter a elas que perderem o vínculo com o seu território de origem. O tratamento não permitiu um desenraizamento, mas promoveu a coexistência de múltiplos territórios e suas multiterritorialidades.

A pesquisa possibilitou também perceber que a atuação do psicólogo no STRS implica uma escuta diferenciada do paciente que pode valorizar as multiterritorialidades envolvidas no tratamento da IRC. O psicólogo deve estar atento à percepção do paciente frente às multiplicidades de territórios presentes no processo de adoecimento e tratamento. Atualmente, o psicólogo tem explorado outros territórios não mais restritos à clínica tradicional e cabe a ele buscar compreender melhor os novos desafios da profissão.

Pode-se concluir que a realização do presente estudo apontou a necessidade de ações interssetoriais envolvendo as esferas municipal, estadual e federal. Além disso, ressaltou, como prioridades, uma gestão e um planejamento na saúde que valorize a dimensão subjetiva do paciente, da família e da equipe multiprofissional. Não adianta apenas os altíssimos investimentos em alta complexidade, em se tratando da doença renal crônica. São imprescindíveis ações que gerem gastos na atenção primária, combatendo os maus hábitos de vida das pessoas, podendo assim evitar o adoecimento.

O estudo apontou diferenças de gênero no que se refere à forma de lidar com a saúde. Em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, justamente por entender que os agravos do sexo masculino são problemas de saúde pública. Portanto, no caso específico da IRC, torna-se essencial o incentivo a essa Política como forma de combater os maus hábitos, principalmente dos homens.

Tais considerações permitem concluir que a melhor alternativa para combater a IRC são as propostas de prevenção e promoção da saúde. Porém, se o inevitável acontecer e a saída for à hemodiálise, que possam existir investimentos voltados para uma maior e melhor adaptação ao tratamento. Uma vez que o paciente precisará de TRS por tempo indeterminado, é imprescindível que ele esteja inserido e adaptado ao contexto do tratamento. Para isso, as ações educativas e informativas são de grande relevância neste contexto.

Embora esta pesquisa não tenha como foco o paciente transplantado, as políticas públicas precisam contemplar melhor o desenvolvimento de ações voltadas para o esclarecimento da população acerca do processo de transplante. Essas medidas podem também contribuir para a qualidade de vida dos pacientes.

O estudo sugere a necessidade também de regionalizar os Serviços de Terapia Renal Substitutiva do país. Existe uma maior concentração de hemodiálises, nos grandes centros, o que dificulta o acesso à população. Uma melhor distribuição dos STRS por região poderia minimizar o desgaste dos pacientes com as viagens, melhorando também a qualidade de vida dos envolvidos.

Por fim, o presente estudo permitiu concluir que as políticas públicas precisam considerar melhor as multiterritorialidades envolvidas no tratamento da hemodiálise. A percepção do

paciente frente a sua doença e tratamento deve ser prioridade para as estratégias em saúde. O tratamento da IRC requer um conjunto de ações que contemplem o processo saúde-doença e consequentemente os aspectos territoriais.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, A. E. M.; SOUZA, S. L. de; LEMES, M. M. D. Adolescente em Hemodiálise: qual a qualidade de vida? **Estudos** (Goiânia) v. 37, n. 1/2, p. 63-82, 2010.

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** (São Paulo) v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005.

ALVES, R.; SCLiar, M. **Rubem Alves e Moacyr Scliar conversam sobre o corpo e a alma**. 2 ed. Campinas: Saberes Editora, 2012.

BARBOSA, L. M. M.; ANDRADE JUNIOR, M. P. de; BASTOS, K. de A. Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** (São Paulo) v. 29, n. 4, p. 222-229, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Setenta Limitada, 1997.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 51-86.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007, p. 25-49.

BEZERRA, K. V.; SANTOS, J. L. F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto) v. 16, n. 4, p. 1-6, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p.10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>, acesso em: julho de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 16-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 18-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS**. (Brasília) v.8, n. 7, p. 8, 2009.

CAIUBY, A. V. S.; KARAM, C. H. Aspectos psicológicos de pacientes com insuficiência renal crônica. In: ISMAEL, S. M. C. (Org.) **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005, p. 131-148.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAON, A. R. V.; MAGALHÃES, M. R. A.; MOREIRA, M. C. R. Situação da pobreza em Minas Gerais. Pobreza e desigualdade – os desafios do combate à miséria em Minas Gerais e no Brasil. **Revista do Legislativo**. (Belo Horizonte) n. 44, p. 4-11, 2011.

CARREIRA, L; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto) v. 11, n. 6, p. 823-31, 2003.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. Ampliada. São Paulo: Cortez, p. 164, 2003.

FORTES, V. L. F. et al. Atividades lúdicas durante a sessão de diálise. **Revista de Psicologia da IMED** (Passo Fundo) v. 2, n. 2, p. 398-408, 2010.

FREITAS, L. R. S. de; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (Brasília) v. 21, n.1, p. 7-19, 2012.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do Homem em debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. **Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina** (São Paulo), p.6774-6792, 2005.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010a.

INHAEZ, L. E. Manejo Clínico do Transplante Renal. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 944-973.

ISMAEL, S. M. C. (Org.) **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2005. p. 16-35.

KIMMEL; P. L.; LEVY, N. B. Psicologia e Reabilitação. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 425-431.

LUGON, J. R.; MATOS, J. P. S.; WARRAK, E. A. Hemodiálise. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 49, p. 869-907, 2010.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** (São Paulo) p. 27-35, 2003.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro) v. 16, n. 11, p. 4503-12, 2011.

MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto) v. 13, n. 5, p. 670-6, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 21, n.3, p. 898-906, 2005.

MOURA, M. D; MOHALLEM, L. N. Considerações sobre a prática psicanalítica na Instituição Hospitalar. **Revista Epistemossomática** (Belo Horizonte), n. 1, p. 75-84, 1991.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. **Diretrizes da NKF-KDOQI™ de 2002**. Disponível em: <<http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50>>. Acesso em: 13 de julho de 2012.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Traduzido por Carla Filomena Marques Pinto Vercesi. 10 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

PEREIRA, L. de P.; GUEDES, M. V. C. Hemodiálise: a percepção do portador renal crônico. **Cogitare Enfermagem** (Fortaleza). v.14, n. 4, p. 689-695, 2009.

PIETROVSKI, V.; DALL'AGNOL, C. M. Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço? **Revista Brasileira de Enfermagem** (Brasília) v. 59, n. 5, p. 630-5, 2006.

PEDROSA, R. Democracia trouxe aumento nos gastos sociais. Pobreza e desigualdade – os desafios do combate à miséria em Minas Gerais e no Brasil. **Revista do Legislativo**. (Belo Horizonte) n. 44, p. 4-11, 2011.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RIBEIRO, C. Família, saúde e doença. O que diz a investigação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral** (Lisboa) v. 23, p. 299-306, 2007.

RITT, G. F. *et al.* Terapia Renal Substitutiva em Pacientes do Interior da Bahia: Avaliação da Distância entre o Município de Moradia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 29, n. 2, p. 59-63, 2007.

ROMÃO JÚNIOR, J.E. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** (São Paulo) v. 26, n. 3, p.1-3, 2004.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria** (Porto Alegre) v.75, p.401-406, 1999.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. 200 p.

SETTE, L.; TITAN, S.; ABENSUR, H.(2010) **Doença Renal Crônica**. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2518/doenca_renal_cronica.htm>. Acesso em: 08 julho de 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo da SBN 2010**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2010>>. Acesso em: 24 de setembro 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo da SBN 2011**. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/censo/2011>>. Acesso em: 20 de março de 2012.

SPINK, Mary Jane P. **A psicologia em diálogo com o SUS prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPOSITO, E. S. Sobre o conceito de território: um exercício metodológico para a leitura da formação territorial do sudoeste do Paraná. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004. SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. **Caderno de Saúde Pública** (Rio de Janeiro). v. 28, n.3, p. 415-424, 2012.

TERRA, F. de S.; COSTA, A. M. D. D. Expectativa de vida de clientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Revista de Enfermagem UERJ** (Rio de Janeiro). v. 15, n. 4, p. 533-7, 2007.

WEIL, Simone. **O enraizamento**. Tradução: Maria Leonor Loureiro. Bauru: EDUSC, 2001, p. 44.

ZAMBRANO, C. V. Territorios plurales, cambio sociopolítico y gobernabilidad cultural. **Boletim Goiano de Geografia**. V. 21, n.1, p. 9-49, 2001.

ZATZ, R. Insuficiência Renal Crônica In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 36, p.649-660, 2010.

APÉNDICE(S)

APÊNDICE A – Formulário de solicitação do banco de dados do SYS/NEFRODATA



Teófilo Otoni, 11 de outubro de 2010.

Ao Sr. _____,

Conforme conversado previamente, estou cursando o Mestrado em Gestão Integrada do Território pela UNIVALE. O Projeto desenvolvido nesta Pós-Graduação *Stricto Senso* tem o seguinte título: *“A insuficiência renal crônica e as suas multiterritorialidades” Pretende-se, com esse projeto, realizar uma pesquisa nos dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva da cidade de Teófilo Otoni.* Desta forma, para desenvolvimento da 1ª etapa da pesquisa, precisarei de alguns dados do Sistema NEFRODATA com o intuito de levantar o perfil do paciente e as características espaciais do tratamento hemodialítico. Portanto, gostaria de solicitar a autorização para obtenção dos seguintes dados contabilizados até o dia 31/10/2010: nome do paciente, idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, município de origem e tempo de tratamento.

Gostaria de ressaltar, que os dados serão usados de forma agregada de forma a garantir o sigilo das informações referentes a cada paciente. Além disso, tais dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Uma vez que o Projeto ainda está em fase de formatação, comprometo-me a enviar para o hospital, uma cópia do mesmo, assim que estiver concluído. É importante salientar que o Projeto será submetido ao Comitê de Ética da UNIVALE.

Atenciosamente,

Isabel Corrêa Pacheco
Psicóloga CRP: 04/ 19156

Dr. Mauro Augusto Santos
Professor/Orientador

Mestranda GIT – UNIVALE

Mestrado em GIT – UNIVALE

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada

Roteiro de entrevista semiestruturada**Pesquisa:** As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica**Pesquisador:** Isabel Corrêa Pacheco/ Mauro Augusto dos SantosNome:Idade:

- Hábitos de Vida:

Fuma: S () N () Bebe: S () N ()1. Fale com o máximo de detalhes como era a sua vida antes do tratamento.

- Trabalho
- Vida Social/ Lazer
- Vida conjugal (Relacionamento afetivo/sexual)
- Prática de Atividade Física

2. Fale com o máximo de detalhes como é a sua vida hoje com tratamento.

- Trabalho
- Vida Social/ Lazer
- Vida conjugal (Relacionamento afetivo/sexual)
- Prática de Atividade Física

3. Em relação ao seu dia-a-dia no hospital e a presença de familiares:

- Você tem alguma pessoa que te acompanha ao tratamento?
CASO SIM: Normalmente, o que ela faz enquanto você está na hemodiálise?
- E você? O que faz durante a hemodiálise?

*** As perguntas a seguir serão feitas apenas com os pacientes que viajam para fazer o tratamento.**

4. O que você acha de ter que viajar para fazer o tratamento? Essas viagens dificultam sua vida? Como?

5. Você já pensou em mudar para Teófilo Otoni para facilitar o tratamento?

CASO SIM: Por que você não mudou?

6. O que vocêalaria para quem está começando o tratamento da hemodiálise?

APÊNDICE C – Formulário de autorização da Pesquisa do Hospital Philadélfia

Teófilo Otoni, 22 de setembro de 2011.

Ao Sr. Fábio Boernus de Sousa.

Conforme conversado previamente, estou cursando o Mestrado em Gestão Integrada do Território pela UNIVALE. O Projeto desenvolvido nesta Pós-Graduação *Stricto Sensu* tem o seguinte título: "As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica". Pretende-se, com esse projeto, realizar uma pesquisa nos dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva da cidade de Teófilo Otoni. Desta forma, para desenvolvimento da 2ª etapa da pesquisa (qualitativa), realizarei entrevistas semi-estruturadas com 04 pacientes de cada hospital com o intuito de atender aos objetivos do presente trabalho. Gostaria de ressaltar, que os dados serão usados de maneira agregada de forma a garantir o sigilo das informações referentes a cada paciente. Além disso, tais dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. O Projeto já está pronto e estará sendo enviado para submissão ao Comitê de Ética.

Atenciosamente,


Isabel Corrêa Pacheco
Psicóloga Clínica / Hospitalar
CRP - Nº: 19156
Isabel Corrêa Pacheco
Psicóloga CRP: 04/ 19156
Mestranda GIT – UNIVALE


Dr. Mauro Augusto Santos
Professor/Orientador
Mestrado em GIT – UNIVALE

Autorização!


Fábio Boernus de Souza
Administrador Hospitalar
CRP/MG - 27.815
30/09/2011

APÊNDICE D – Formulário de autorização da Pesquisa do Hospital Santa Rosália

Teófilo Otoni, 22 de setembro de 2011.

Ao Sr. João Carlos Corrêa

Conforme conversado previamente, estou cursando o Mestrado em Gestão Integrada do Território pela UNIVALE. O Projeto desenvolvido nesta Pós-Graduação *Stricto Senso* tem o seguinte título: "As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica" Pretende-se, com esse projeto, realizar uma pesquisa nos dois Serviços de Terapia Renal Substitutiva da cidade de Teófilo Otoni. Desta forma, para desenvolvimento da 2ª etapa da pesquisa (qualitativa), realizarei entrevistas semi-estruturadas com 04 pacientes de cada hospital com o intuito de atender aos objetivos do presente trabalho. Gostaria de ressaltar, que os dados serão usados de maneira agregada de forma a garantir o sigilo das informações referentes a cada paciente. Além disso, tais dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. O Projeto já está pronto e estará sendo enviado para submissão ao Comitê de Ética.

Atenciosamente,


Isabel Corrêa Pacheco
Psicóloga Clínica / Hospitalar
CRP - MG: 19156

Isabel Corrêa Pacheco
Psicóloga CRP: 04/ 19156
Mestranda GIT – UNIVALE



Dr. Mauro Augusto Santos
Professor/Orientador
Mestrado em GIT – UNIVALE



Associação Hospitalar Santa Rosália
Superintendente

APÊNDICE E – Formulário de autorização do participante da pesquisa (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 - CNS-MS)

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “As multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica” desenvolvida por Isabel Corrêa Pacheco.

Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Mauro Augusto dos Santos, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº: (33) 88311129 ou e-mail: mauroasantos@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais são: caracterizar o perfil do paciente com insuficiência renal crônica, descrever o território dos serviços de Diálise de T. Otoni/ MG e analisar as multiterritorialidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica. Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo/pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Teófilo Otoni, ___ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____

Pesquisadora: Isabel Corrêa Pacheco – Rua Manoel Chaves alves, 34/201 São Francisco – Teófilo Otoni/ MG – (33) 99823701 bel.correa.to@gmail.com

Orientador: Mauro Augusto dos Santos – Rua Israel Pinheiro, 2000 - PVA, sala 02 - Bairro Universitário – Governador Valadares/ MG – (33) 88311129 mauroasantos@gmail.com

ANEXO

ANEXO 1 – Autorização do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da UNIPAC

09/05/12

0 (997×1610)



UNIPAC
Universidade Presidente Antônio Carlos
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Ofício 31/2012

Barbacena, 20.04.2012

Senhor(a) Pesquisador(a)

Comunicamos a Vossa Senhoria a aprovação do projeto de pesquisa As multiterritoriais envolvidas no tratamento da insuficiência renal crônica (protocolo n.º 929/2011), após análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAC – CEP –, no dia 19.04.2012.

O Pesquisador deverá apresentar relatórios semestralmente ao CEP a partir da data de aprovação.

Para maiores esclarecimentos favor entrar em contato com o CEP – UNIPAC –, cuja função é orientar os pesquisadores, esclarecendo-lhes as dúvidas.

Ciente de sua atenção, antecipadamente agradecemos.

Prof. Dr. Sebastião Rogério Góis Moreira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP – UNIPAC –

Ilmo(a) Sr(a),
Prof(a). **Mauro Augusto dos Santos**

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – UNIPAC
Praça Presidente Antônio Carlos, 8 – São Sebastião,
Barbacena – MG – CEP: 36.202-336 – CAIXA POSTAL 8
Fone: (0XX32) 3683-8884 – Fax: (0XX32) 3339-2950
cep@unipac.br <http://www.unipac.br>