AS MULTITERRITORIALIDADES ENVOLVIDAS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E SUA INTERFACE COM A PSICOLOGIA HOSPITALAR

Isabel Corrêa Pacheco[1]; Mauro Augusto dos Santos[2], Suely Maria Rodrigues[3]

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 dos dois serviços de Teófilo Otoni e identificar as contribuições da Psicologia neste contexto. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Foram 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 Philadélfia. 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. Mostrou também que a Psicologia Hospitalar integra essa proposta, uma vez que, ela contribui para uma visão ampla

[1] Graduada em Psicologia, Docente e Coordenadora do Curso de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos – Mestre em Gestão Integrada do Território.
[2] Graduado em Ciências Sociais e Docente da UNIVALE - Doutor em Demografia.
[3] Graduada em Odontologia e Docente da UNIVALE - Mestre em Clínica Odontológica – Doutora em Saúde Coletiva.

do homem frente ao seu processo de doença e tratamento, considerando suas diversidades.

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

The multiterritorialidades involved in the treatment of chronic renal failure and its interface with the Hospital Psychology

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 and identify the contributions of psychology in this context. This is a descriptive study with qualitative approach. 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 Philadelfia 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 desease; Meaning of life after desease 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. It also showed that the Hospital Psychology integrates this proposal, since it contributes to a broad vision of man against their disease process and treatment, considering their diversity.

Key-words: Multiterritoriality. Chronic Renal Insufficiency. Hemodialysis. Hospital Psychology.

Introdução

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma doença multifatorial, de alta morbidade e mortalidade que acomete milhões de pessoas no Brasil e em todo o mundo.

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.

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 no município de Teófilo Otoni, estado de Minas Gerais e apontar as contribuições da Psicologia neste contexto.

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 diretivas 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.

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.

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.

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.

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 (Weil, 2001).

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.

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).

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.

A doença impõe um novo ritmo. O impacto do adoecimento e o curso do tratamento devem ser cuidados nas instâncias da saúde física, mental, social e espiritual (CAIUBY e KARAM, 2005).

Insuficiência Renal Crônica e Hemodiálise

A IRC é considerada 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.

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 (SETTE, TITAN e ABENSUR, 2010).

Entretanto, o presente estudo se ocupou basicamente da doença renal crônica em fase avançada, onde a TRS (Terapia Renal Substitutiva) é a "opção" para a preservação da vida. Por esse motivo, o termo IRC será mantido na maior parte da discussão do trabalho.

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. No caso 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.

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* (SBN, 2011).

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.

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.

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"). 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.

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.

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.

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, contempla 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.

Um aspecto relevante é que a Psicologia Hospitalar pode contribuir de forma significativa para este contexto, uma vez que busca trabalhar com a valorização do subjetivo e das singularidades humanas no momento da doença e do tratamento.

Além disso, 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.

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 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.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. 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, 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 Philadélfia e no Hospital Santa Rosália.

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 Philadélfia. Do total, 4 pertenciam ao município de Teófilo Otoni e 4 de outros municípios. 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. Todos os entrevistados tinham idade superior a 18 anos.

Na coleta de dados, as 8 entrevistas aconteceram no Hospital Philadélfia 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. 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 e prévia autorização dos dois hospitais. A condição clínica do paciente foi levada em consideração, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes receberam todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e dela participaram de forma voluntária.

A análise dos dados foi realizada segundo a técnica da Análise de Conteúdo. 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 Philadélfia) e HSR (Hospital Santa Rosália).

Resultados e discussão

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.

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.

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)

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.

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)

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)

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)

"De vez em quando eu faço um 'biquinho', não trabalho direto não." Grupo HP (M2)

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)

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)

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.

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)

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.

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.

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

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

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.

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 TRS para os acompanhantes.

"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)

Através do discurso dos entrevistados percebeu-se que não existem atividades de entretenimento planejadas e periódicas nos serviços de TRS da pesquisa. 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)

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

"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)

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.

"Bem, a hemodiálise pra mim, que preciso dela, é uma vida, a hemodiálise. 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)

"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)

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.

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 enquadrou 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, 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)

"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)

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.

"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)

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 na TRS 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.

Considerações Finais

O estudo buscou compreender o significado da vida para o paciente renal crônico antes e depois do seu adoecimento. Para isso, foi de fundamental importância o conhecimento acerca do estilo de vida de cada paciente. Eles 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.

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 estudo também 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.

Os grupos 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. 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 sobrevida. Mesmo diante de todas as perdas o ganho da vida é crucial.

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 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. A Psicologia pode contribuir para uma melhor compreensão do paciente e da família inseridos no contexto dialítico, uma vez que, o seu papel é perpassado pela subjetividade, singularidade e ao mesmo tempo uma coletividade.

Sugere a necessidade de regionalizar os STRS do país. Existe uma maior concentração de hemodiálises, nos grandes centros, o que dificulta o seu acesso. 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. Uma importante 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.

Referências

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

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.

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.

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.

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 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.

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

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

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 Gois Moreira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP – UNIPAC –

Em(ca) Sr(a)
Prof(a) **Mauro Augusto dos Santos**

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - UNIPAC
Praça Presidente Antônio Carlos, 25 - São Sebastião,
Barbacena - MG - CEP: 36.202-[illegible] Caixa Postal 8
Fone: (0XX32) 3693-8884 - Fax: (0XX32) 3339-2558
cep@unipac.br - http://www.unipac.br