

HRJ

v.3 n.15 (2022)

Recebido: 28/11/2021

Aceito: 06/01/2022

Doença renal crônica e envelhecimento: retrato do tratamento hemodialítico em um hospital do Distrito Federal

Júlia Lopes Vieira¹
Carmen Lúcia Lucas da Silva²
Paula Barbosa de Queiroz³

¹Assistente Social Residente do Programa Multiprofissional em Nefrologia da Escola Superior de Ciências e Saúde(ESCS)/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

²Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior de Ciências e Saúde (ESCS). Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Preceptora do Programa Multiprofissional em Nefrologia da Escola Superior de Ciências e Saúde (ESCS)/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde(FEPECS).

³Especialista em Saúde da Criança. Assistente Social da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Colaboradora do Programa Multiprofissional em Nefrologia da Escola Superior de Ciências e Saúde (ESCS)/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde(FEPECS).

RESUMO

Objetivo: identificar fatores sociais, demográficos e econômicos que constituem o perfil das pessoas idosas em tratamento hemodialítico na unidade de nefrologia do Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal. **Método:** estudo quantitativo-qualitativo, transversal, de natureza explicativa, com etapa descritiva, amostra de 28 participantes, diagnosticados com doença renal crônica terminal, em tratamento de hemodiálise. Foram aplicados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. A análise deu-se por meio do Materialismo Histórico Dialético. **Resultados:** a maioria dos participantes é do sexo masculino, se autodeclaram pardos, casados e católicos. Todos os participantes mencionaram ter rede de suporte, a maioria apontou mudanças significativas após início do tratamento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde complementares. **Conclusão:** é essencial ressaltar a importância da compreensão das características que perpassam as pessoas idosas no tratamento hemodialítico, para desenvolvimento de estratégias de atendimento mais adequadas nos serviços que prestam assistência a esses usuários.

Palavras-chave: Envelhecimento; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal.

Chronic kidney disease: the depict of hemodialysis therapy in a hospital in Distrito Federal

ABSTRACT

Objective: to identify social, demographic and economic aspects that are part of elderly people submitted to hemodialysis in the nephrology unit of Hospital Regional de Taguatinga, in Distrito Federal. **Method:** quantitative and qualitative research, transversal, of explanatory nature, with descriptive stage, 28 subjects, diagnosed with chronic kidney disease, in hemodialysis therapy. Two instruments were used: a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview. The analysis were given by historical dialectical materialism. **Results:** most of the participants are male, self-declared pardo, married and Catholic. All of

the subjects declared to have a support network, most of them mentioned significant changes after the beginning of the treatment and indicated difficulties to access complementary health services. **Conclusion:** It is essential to highlight the importance of comprehending the traits of elderly people in hemodialysis therapy, in order to develop service strategies that are more suitable to attend those users.

Keywords: ageing; renal insufficiency, chronic; renal dialysis.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) ou Insuficiência Renal Crônica (IRC) se constitui enquanto um expressivo problema de saúde pública, sendo estimado que a nível mundial afeta de 8 a 16% da população¹. Essa realidade também reflete no contexto brasileiro, com uma elevada prevalência de DRC no país.

Para efeitos da portaria que dispõe sobre os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC², o estadiamento da doença é realizado de acordo com a taxa de filtração glomerular e é dividido em cinco estágios. O último estágio de classificação da DRC se refere a uma situação de falência renal, na qual há indicação da utilização de uma terapia renal substitutiva (TRS).

O tratamento hemodialítico é uma das opções de TRS e refere-se a um “processo de filtração e depuração do sangue de substâncias tóxicas como ureia e creatinina”³ por meio de um “sistema de circulação extracorpórea, feita entre membranas semipermeáveis”³.

De acordo com a análise do Censo Brasileiro de Diálise, no período de 2009 a 2018 foi observado um aumento progressivo na quantidade de locais que oferecem o serviço de diálise, apresentando um crescimento de 32,3% durante a década⁴. Há também outros importantes indicadores demonstrados no estudo⁴, que apontam um aumento de 54,1% de pessoas com DRC em tratamento dialítico no Brasil.

A realidade do Distrito Federal, local onde a pesquisa foi realizada, concentra a maior prevalência estimada de pessoas em diálise do país⁴, um dos fatores que agrega relevância à proposta de realização do estudo em questão.

Em relação ao contexto brasileiro total é possível afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) se mantém como a principal fonte pagadora desses tratamentos, valor equivalente a 80% no período de 2018⁴.

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais comuns nas pessoas com idade superior a sessenta anos, se sobressaem a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM)⁵, destacados enquanto importantes fatores de risco para o surgimento de complicações renais e doenças cardíacas.

Conforme Nascimento et al⁶ trazem, o envelhecimento demográfico apresenta-se enquanto uma tendência mundial. É um fenômeno multifacetado, marcado pela complexidade e pela heterogeneidade. A velhice não é resultado apenas de mudanças nos fatores genético-biológicos, que ocorreram ao longo do tempo cronológico, fator que exige um entendimento crítico e social a respeito desse processo.

O Brasil está economicamente inserido na dinâmica global como um país de capitalismo dependente e periférico, extremamente marcado por um contexto de superexploração da força de trabalho e pelo aprofundamento de desigualdades sociais devido ao desmonte das políticas públicas como um todo, ligadas também à aplicação de “medidas modernizadoras anticrise de raiz liberal”⁷.

O processo de acumulação de riqueza acontece proporcionalmente ao também crescimento da pobreza e das expressões da denominada “questão social”, diretamente relacionada aos embates entre capital e trabalho e participante do trinômio trazido por Iamamoto⁷ formado por “questão social, trabalho e relações sociais”.

São nesse contexto, brevemente sintetizado, que se configuram as variadas experiências do envelhecer. O envelhecimento da classe trabalhadora é uma expressão da questão social na medida em que é um processo condicionado de acordo com o modo de

expropriação da força de trabalho, da exploração das condições de produção e também do tempo de vida do trabalhador ⁸.

O contexto de exploração da força de trabalho é colocado como central na problemática do envelhecimento dos trabalhadores, constituindo-se enquanto “problemática social na ordem do capital, em virtude da vulnerabilidade social em massa dos trabalhadores, em especial ao perderem o valor de uso para o capital, pela idade” ⁸.

Não são todos os processos de envelhecimento que estão necessariamente sujeitos às situações de vulnerabilidade, elas têm a ver com o acúmulo das condições objetivas vivenciadas ao longo das trajetórias dos sujeitos: o fundo de vida e de consumo apropriado constantemente no exercício do trabalho, o endividamento, o rebaixamento salarial, a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho formal, a exclusão do acesso às políticas públicas, fatores que se reverberam e influenciam de maneira amplificada nessa fase da vida ⁸.

De acordo com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto Idoso⁹, são consideradas pessoas idosas os indivíduos que apresentam idade igual ou superior a sessenta anos. No artigo 9º é expresso que “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” ⁹.

Logo, para uma análise mais aprofundada do envelhecimento e dos fatores que gradualmente refletem nele, há de se considerar também as características que influenciam nas trajetórias dos sujeitos que estão vivenciando diferentes processos, inclusive de saúde-doença, dentre eles do tratamento de hemodiálise. O objetivo principal refere-se a identificar fatores sociais, demográficos e econômicos que constituem o perfil das pessoas idosas em tratamento hemodialítico no Hospital Regional de Taguatinga.

Para além disso, é também importante destacar que o envelhecimento deve ser abordado numa dimensão biopsicossocial, considerando que há uma influência tanto de

impedimentos físicos quanto de diversas barreiras ambientais e sociais que podem limitar a participação social da pessoa idosa na sociedade.

MÉTODOS

Trata-se de pesquisa quantitativo-qualitativa, de natureza explicativa, com etapa descritiva, de caráter transversal, realizada com amostra por conveniência composta por 28 participantes, com diagnóstico de doença renal crônica terminal em tratamento de terapia renal substitutiva de hemodiálise, realizada na Unidade de Nefrologia do Hospital Regional de Taguatinga.

Os critérios de inclusão referiram-se às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, em tratamento de hemodiálise, que aceitaram e tinham condições de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2020 a fevereiro de 2021, com os participantes que se encaixavam nos critérios.

Os dados quantitativos referentes ao perfil sociodemográfico e os dados coletados por meio das entrevistas semiestruturadas foram tabulados e categorizados em planilha do programa Microsoft Excel (versão 2019). Em relação ao aspecto quantitativo, foram identificadas variáveis discretas e contínuas, além de qualitativas nominais e ordinais. Para identificar a distribuição da frequência destas variáveis foi utilizada uma contagem simples, chamada de frequência absoluta.

A análise foi realizada a partir do método do Materialismo Histórico Dialético, no qual a análise do real se dá por meio de aproximações sucessivas, com análise da totalidade e da particularidade, percebendo as relações entre os fenômenos, de modo que não sejam reduzidos apenas à operacionalização de variáveis¹⁰.

Na etapa final da pesquisa, os achados da coleta foram correlacionados com a pesquisa “Retratos Sociais do DF – A População Idosa do Distrito Federal”¹¹, que aborda a realidade da população idosa no DF de uma forma ampliada.

Os preceitos éticos foram observados conforme a Resolução 466 de 2012¹². O presente estudo, de CAAE nº 36208520.5.0000.0023, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário de Brasília – UniCeub DF, tendo sido aprovado sob parecer nº 4.374.346, em 01 novembro de 2020.

RESULTADOS

Os dados apontados no questionário sociodemográfico indicam que a maioria dos participantes é do sexo masculino (64,3 %), se autodeclaram pardos (64,3%), casados (39,3%) e católicos (67,9%).

Tabela 1 – Distribuição das variáveis de caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes (continua)

Variáveis	Quantidade	%
Sexo		
Feminino	10	35,7
Masculino	18	64,3
Idade		
60-69	16	51,6
70-79	9	29
70-89	6	19,3
Raça/cor		
Branco	7	25
Pardo	18	64,3
Preto	3	10,7
Religião		
Católico	19	67,9
Evangélico	8	28,6
Não declarado	1	3,6
Estado civil		
Casado	11	39,9
Divorciado	4	14,3
Viúvo	4	14,3
Solteiro	8	28,6

União estável	1	3,6
Fonte de renda		
Aposentadoria	21	75
Benefício de Prestação Continuada	3	10,7
Pensão	2	7,1
Salário + aposentadoria	1	3,6
Sem fonte	1	3,6

Tabela 1 – Distribuição das variáveis de caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes (conclusão)

Variáveis	Quantidade	%
Renda familiar total		
1 salário mínimo	13	46,4
Entre 1 e 2 salários mínimos	6	21,4
Acima de 3 salários mínimos	6	21,4
Não sabe ou não declarado	3	10,7
Responsável pelo sustento da casa		
Apenas entrevistado	14	50
Entrevistado e membros familiares	11	39,3
Apenas outros membros familiares	3	10,7
Estado que reside		
Distrito Federal	25	89,3
Goiás	3	10,7
Município/Região Administrativa		
Taguatinga-DF	7	25
Ceilândia-DF	7	25
Brazlândia-DF	4	14,3
Samambaia-DF	2	7,1
Águas Lindas-GO	2	7,1
Águas Claras-DF	1	3,6
Recanto das Emas-DF	1	3,6
Girassol-GO	1	3,6
Sobradinho-DF	1	3,6
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	21	75
Ensino Fundamental Completo	1	3,6
Ensino Médio Incompleto	2	7,1
Ensino Médio Completo	3	10,7
Ensino Superior Incompleto	1	3,6
Tempo em HD		
Até um mês	5	17,9

2 a 6 meses	4	14,3
7 a 12 meses	8	28,6
Acima de 12 meses	11	39,3

A média de idade é 69, 6 anos, estando 51,6% dos participantes na faixa etária de 60 a 69 anos. A fonte de renda é majoritariamente advinda de aposentadoria, representando 75%.

Concernente à renda familiar total, o valor mais expressivo é de 1 salário mínimo, representando 46,4% dos entrevistados, tendo 50% se declarado como único membro responsável pelo sustento da casa.

O local de residência é concentrado nas regiões administrativas de Ceilândia (25%) e Taguatinga (25%), dentro da área de abrangência da região de saúde leste, mas também apareceram outras regiões administrativas, como Brazlândia (14,3%) e usuários do estado de Goiás (10,7%), tendo sido mencionadas as cidades de Águas Lindas de Goiás e Girassol.

Em relação à escolaridade, 75% possuem ensino fundamental incompleto, 10,7% com ensino médio completo, 7,1% com ensino médio incompleto e apenas 1 participante nas categorias ensino fundamental completo e ensino superior incompleto.

Em relação ao tempo de início do tratamento de hemodiálise, 39,3% relataram período superior a 12 meses, 28,6% entre 7 e 12 meses, 14,3% entre 2 e 6 meses e 17,9% com período de até um mês, não tendo sido entrevistados usuários com início de tratamento inferior a duas semanas.

Já em relação aos dados coletados por meio da entrevista semiestruturada foi possível condensar os resultados nas seguintes categorias: rede de suporte social e convívio social; acesso ao tratamento de HD; implicações do tratamento de HD e, por fim, acesso à política de saúde.

Todos os participantes mencionaram ter rede de suporte, sendo os filhos destacados por 89%, seguido dos companheiros (39%), netos (18%), amigos (14%), irmãos (14%), tendo também sido mencionados outros membros familiares, vizinhos e grupo religioso.

A maioria (15 participantes) reside com apenas um membro familiar, com composição familiar total referente a duas pessoas. Os locais frequentados, fora de o ambiente hospitalar foi: mercado (11 participantes), banco (9 participantes), igreja (5 participantes) e residência de membros familiares (6 participantes). Dentre os entrevistados, 5 relataram não frequentar nenhum outro espaço além das sessões de HD e 7 afirmaram frequentar exclusivamente bancos e/ou mercados, não tendo sido mencionados nesses casos outros espaços de socialização.

No que diz respeito à categoria acesso ao tratamento de hemodiálise, o tempo de deslocamento leva em média aproximadamente 30 minutos, sendo o tempo mínimo descrito de 10 minutos e máximo de 1 hora e 10 minutos. Dentre os participantes, a maioria comparece às sessões por meio de transporte particular conduzido por membro familiar (13 participantes), seguido das pessoas que utilizam o transporte sanitário (8 participantes), transporte contratado (4 participantes) e tratamento fora do domicílio (2 participantes). A pergunta não se aplicava a 2 participantes, pois não apresentavam meio de transporte definido em decorrência de mudança de contexto por conta de internação hospitalar.

Em relação ao acompanhamento durante as sessões de HD, a maior parte é acompanhada pelos filhos (14 participantes), não apresenta acompanhante (8 participantes) ou possui acompanhamento revezado dentre membros familiares tais como companheira, netos, genro, nora e cunhado (6 participantes).

A categoria “implicações do tratamento de HD” apontou que 21 dos participantes relataram alterações nos seus hábitos de vida, como ter parado de trabalhar, viajar, realizar tarefas domésticas, visitar membros familiares, dirigir e necessidade de restrição hídrica e alimentar. Em relação à autonomia, 17 informaram que são independentes nas atividades da vida diária e 11 relataram necessidade do suporte de terceiros para realização das atividades da vida diária, tais como andar, tomar banho, alimentar-se e vestir-se.

Concernente ao acesso aos serviços de saúde, 13 participantes indicaram que não possuíam acompanhamento médico frequente antes de iniciar o tratamento. O uso de medicamentos está presente no relato de todos os participantes, tendo sido calculada a média de 5 tipos de medicamentos por entrevistado. O acesso à farmácia de alto custo foi bem-sucedido por 21 participantes, 2 participantes relataram não ter conseguido acessar e 5 informaram que não necessitaram do acesso.

Em relação à necessidade de realização de exames complementares, 20 informaram realizar parcialmente via SUS, sendo necessário acessar o restante por meio privado, 5 acessam exclusivamente por meio privado e 3 acessam exclusivamente pela rede pública. Quando questionados a respeito da disponibilidade de recursos para realização dos exames, 9 mencionaram contar com o auxílio financeiro de terceiros.

DISCUSSÃO

Conforme afirma Motta¹³, “é preciso lembrar sempre que, no interior de cada grupo geracional ou de idade, constroem-se representações, identidades e situações sociais que se confrontam com as de outros grupos ou categorias sociais”. Relações estas que estão sempre em interação com condições identitárias caracterizadas a partir de outras dimensões relacionais, tais como gênero e classe social¹³

Existem estudos que analisam o envelhecimento por meio de um viés de homogeneização, em um processo de desvinculação dos recortes que marcaram as diferentes vivências das pessoas idosas, que as isola enquanto sujeitos deslocados. Entretanto, segundo a mesma autora, as pessoas idosas não podem ser objeto de análise de maneira homogênea¹⁴, considerando que existem aspectos que influenciam no modo que elas experienciam a velhice, podendo ou não estar sujeitas às variadas expressões mais ou menos agravadas que as expõem às situações de vulnerabilidade. Como já abordado, os diferentes processos de

envelhecimento têm a ver com o acúmulo de condições objetivas vivenciadas no decorrer das trajetórias dos sujeitos¹⁵.

Dessa forma, ao condensar as características de pessoas idosas que apresentam como aspecto comum a DRC em HD, é possível abordarem a discussão a partir dos seguintes tópicos: características sociodemográficas das pessoas idosas em tratamento de HD comparadas com os dados obtidos na pesquisa “Retratos Sociais do DF – A População Idosa do Distrito Federal”¹¹; rede de suporte social e convívio social; acesso ao tratamento de HD; implicações do tratamento de HD e, por fim, acesso aos serviços de saúde.

Características sociodemográficas das pessoas idosas em tratamento de HD e um panorama geral da população idosa do DF

Ao agrupar as características que perpassam o grupo social destacado no estudo e estabelecer uma comparação com os dados gerais da população idosa do DF é possível reafirmar o posicionamento do objeto da pesquisa num movimento de interligação com a totalidade, mas também dotado de particularidades, apresentando-se enquanto essencial reconhecer a conexão indissolúvel das relações sociais e das contradições que permeiam os fenômenos sociais¹⁶.

Tabela 2 - Quadro comparativo das características gerais da população idosa em tratamento de HD apontadas no estudo e das características gerais da população idosa do DF, de acordo com a pesquisa Retratos Sociais do DF – A População Idosa do Distrito Federal” (CODEPLAN, 2020).

Variáveis	Dados da pesquisa sobre pessoas idosas em HD	Dados da Codeplan sobre a população idosa do DF
Sexo	Masculino (64,3%) /Feminino (35,7%)	Feminino (57,9%) /Masculino (42,1%)
Estado Civil	Casado (39,9%)	Casado ou em união estável (55,5%);
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto (75%)	Ensino fundamental incompleto (33,3%)
Situação laboral	Aposentado (75%)	Aposentado (56,1)
Idade	60 a 69 anos (51,6%)	60 e 69 anos (59,7%)

Regiões de moradia	Ceilândia e Taguatinga (50%)	Ceilândia, Plano Piloto e Taguatinga (40% vivem nas três regiões)
Posição na família	Chefe de família (50%)	Chefe de família (61%)

A prevalência em relação ao sexo observada neste estudo destoa da população idosa geral do DF, mas está em consonância com os dados apontados em estudos realizados em serviços de nefrologia em diferentes regiões do Brasil, que corresponde a 58,4 % de usuários do sexo masculino³.

A razão de sexo entre a população idosa apresenta uma diminuição considerável, sendo identificada uma população majoritariamente feminina¹⁹. Fatores como maior procura por serviços de saúde, preocupação com autocuidado, menor prevalência de hábitos de vida deletérios, dentre outros, são apontados enquanto componentes desse processo de feminização da velhice¹⁷.

Outro dado importante refere-se à contribuição da renda da pessoa idosa para a renda familiar, valor referente a 56,1 %¹¹ que se assemelha ao estudo ao apontar que em 50% dos entrevistados a renda familiar é exclusivamente composta pela renda da pessoa idosa. Esses percentuais apontam uma relação de dependência da família em relação à renda da pessoa idosa, que no contexto do estudo, está vivenciando um tratamento que exige custos com deslocamento, medicamentos, realização de exames complementares, dentre outros gastos expressivos relacionados à saúde.

Concernente à escolaridade, a maior parte dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto, dado que se repete em pesquisa apresentada por Nascimento et al⁶. Ademais, também foi indicado que os indivíduos que possuem menor escolaridade relataram que não possuíam conhecimento da doença de base que ocasionou a DRC e suas consequências, aspecto que dificulta a adesão ao tratamento⁶.

A escolaridade é um aspecto dentre os determinantes sociais da saúde, assim como moradia, alimentação, renda, dentre outros, que podem ser considerados como fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde. A baixa escolaridade identificada no estudo possui correlação com média de renda baixa e reverbera no acesso a bens e serviços.

É essencial que seja efetivada a previsão legal do Estatuto de Idoso⁹ independentemente do grau de escolaridade, de acesso à educação ao longo da vida, seja por meio formais ou informais, de forma a garantir também uma participação social, interação intergeracional e produção de bens culturais.

Rede de suporte social e convívio social das pessoas idosas em tratamento de HD

Conforme apontado por Neves¹⁸, a interação e o apoio dos familiares apresenta impactos positivos na adesão ao tratamento Cargnin et al¹⁹ indicam em seus estudos, também com usuários em HD, que o suporte familiar, bem como o apoio de vizinhos e outras interações sociais se posicionam enquanto aspectos que favorecem o enfrentamento do processo de saúde-doença.

Concernente aos locais frequentados além do ambiente hospitalar, é necessário ressaltar a importância do lazer enquanto um direito social, previsto legalmente no art. 20 do Estatuto do Idoso⁹. Entretanto, a realidade apontada pelos dados coletados apresenta aspectos preocupantes quanto o acesso ao lazer, considerando que 42,9% dos entrevistados relatou não frequentar nenhum local além do hospital ou apenas bancos e mercados, sem terem sido apontados outros espaços de socialização¹⁹.

Em estudo realizado por Voltarelli²⁰ foi identificado que os usuários sentem-se restritos às atividades de lazer devido à hemodiálise, com a interrupção de algumas atividades em decorrência do cansaço, da rotina do tratamento ou devido à fístula, um dos tipos de acesso vascular utilizado para a HD, que necessita de cuidados e possui dentre as recomendações evitarem carregar peso com o braço no qual está a fístula.

O lazer está correlacionado à convivência social, familiar, desenvolvimento pessoal e acesso à cultura. Conforme afirmam Tibaldi e Pessoa²¹, o lazer contribui para a inserção de pessoas em grupos, favorecendo a convivência interpessoal, promovendo melhor qualidade de vida e também aumento da autoestima, fatores de grande relevância no tratamento de doença crônica como a DRC.

Acesso ao tratamento de HD

A questão do deslocamento para as sessões de HD destaca-se enquanto uma frequente problemática no cotidiano de intervenção multiprofissional da equipe do setor de nefrologia do hospital onde o estudo foi realizado, apresentando-se enquanto obstáculo de adesão ao tratamento.

Conforme apontado nos resultados, o tempo médio de deslocamento é de 30 minutos, que se somam às 4 horas de realização e totalizam uma carga horária considerável em relação ao tempo despendido para o tratamento.

O contexto anteriormente descrito também foi mencionado em outro estudo²², ao afirmar que “o paciente necessita deslocar-se para uma clínica de tratamento especializada ou hospital de referência, e isso pode por diversas vezes gerar incômodo ao paciente idoso, principalmente para aqueles moram em outras cidades e o acesso para diálise é dificultado”.

Outro dado importante é que nenhuma das pessoas idosas apontou utilizar o transporte coletivo como meio de deslocamento, apesar da política de gratuidade de acesso para pessoas com deficiência, na qual a DRC está descrita e também da previsão legal de gratuidade para pessoas acima de 65 anos.

Apenas 10 participantes acessam o transporte sanitário ou por meio do tratamento fora de domicílio – TFD, estabelecido pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999²³, com o objetivo de garantir acesso de usuários de um município a serviços assistenciais de outro

município. Quanto aos outros usuários, são construídas diferentes estratégias para acesso à HD, que os oneram de forma individual em relação ao custo de deslocamento.

É necessário considerar a forma como se dá o acesso aos equipamentos de saúde, tendo em vista que os usuários se deparam com barreiras urbanísticas, arquitetônicas e nos transportes, durante o deslocamento até as sessões de HD e que se somam ao conjunto de circunstâncias que dificultam a continuidade dos usuários idosos na rede de serviços.

Implicações do tratamento de HD

Há um percentual majoritário de participantes que apontaram mudanças significativas em seu cotidiano após o início do tratamento, tendo sido mencionadas limitações no sentido de exercer uma atividade laboral remunerada, viagens, dirigir, restrição hídrica e alimentar, dentre outros.

Conforme aponta Neves¹⁹: “o evoluir negativo da doença compromete a vida em âmbito global, haja vista que o paciente idoso com IRC, em tratamento hemodialítico, se vê dependente de maquinários, intervenções cirúrgicas, medicamentos, limitações hídricas e alimentares, que não garantem o retorno de sua saúde”.

O tratamento hemodialítico por vezes envolve oscilações frequentes em relação ao contexto de saúde dos usuários. É comum durante as sessões que sejam vivenciados aspectos tais como hipotensão, cãibra, dor no corpo e cefaleia²⁴.

A questão da restrição hídrica e alimentar também foi relatada em outro estudo¹⁹, que traz depoimentos mencionando a dificuldade de adesão aos hábitos alimentares e hídricos e os sentimentos de angústia e sofrimento relacionados a esse contexto.

O nível de autonomia em relação à realização de atividades da vida diária, tais como andar, tomar banho, alimentar-se e vestir-se também se apresentaram enquanto um percentual considerável de prevalência dentre os participantes. Conforme afirma Souza²⁵ também em estudo sobre pessoas em tratamento de HD, as limitações de caráter físico geralmente são as

que sofrem mais impacto, devido à fragilidade que o idoso adquire durante o próprio processo de envelhecimento.

Acesso aos serviços de saúde

O dado de maior expressão nos resultados dessa categoria refere-se à quantidade de relatos que apontam que os usuários não realizavam um acompanhamento médico frequente antes do início da TRS. Santos²⁴ traz o resultado de um projeto multinacional denominado Global Kidney Health Atlas, realizado em 118 países, que identificou falhas no cuidado renal, principalmente no nível de atenção primária.

Salienta-se que também foram apontadas no estudo as dificuldades de acesso à dosagem de creatinina sérica, albuminúria e emissão de laudo da taxa de filtração glomerular, que fazem parte de importantes parâmetros clínicos para diagnóstico e estadiamento da DRC. Os resultados apontados evidenciam um desafio, que não se restringe apenas ao contexto brasileiro, em concretizar estratégias efetivas de controle e prevenção da DRC.

Quando voltado o olhar para a realidade mais próxima das particularidades dos usuários, é possível destacar o dado apontado pela Codeplan¹¹, que indica a necessidade de ações de ampliação de estratégias de saúde da família, uma vez que foi identificado que 55,7% de idosos residem em domicílios que acessaram serviços públicos de saúde no Distrito Federal, percentual preocupante em relação à cobertura de acesso à atenção básica.

Também é legalmente prevista² a promoção de ações de “prevenção de doenças e agravos e controle das principais patologias à DRC, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, considerados os fatores de risco mais prevalentes na população”, sob responsabilidade da atenção básica. Entretanto, os achados no estudo indicam que 46,4 % dos participantes não realizavam acompanhamento médico frequente em período anterior ao início do tratamento, conseqüentemente, sem acesso a um monitoramento e controle dos

fatores de risco que poderiam ter sido passíveis de intervenção para evitar o agravamento para o contexto de DRC.

Ademais, o acesso aos exames bioquímicos não se dá em sua totalidade pelo SUS, sendo necessário que os usuários realizem na rede privada, com uma participação considerável do auxílio financeiro de terceiros, em decorrência dos custos elevados, aspecto que também corrobora com os dados apontados no Global Kidney Health Atlas²⁴. Existem medidores importantes no acompanhamento do tratamento, tais como ferritina e paratormônio (PTH), que auxiliam, respectivamente, na identificação de deficiência de ferro e mensura o hormônio que influencia na regulação de nutrientes como cálcio, fósforo e vitamina D. Ambos são relatados pelos usuários enquanto exames de difícil acesso pelo SUS.

Em setembro de 2021 foi trazido à tona um contexto de maior agravamento: a Secretaria de Saúde do Distrito Federal foi notificada pela falta de reagentes tais como sódio, potássio, albumina, relação albumina/creatinina urinária, ureia, dentre outros, apontados enquanto essenciais para avaliação diagnóstica e terapêutica de glomerulopatias, fator que afetou usuários em tratamento ambulatorial e internados²⁶.

CONCLUSÕES

Tendo em vista a discussão exposta, compreende-se a que a DRC apresenta-se enquanto um expressivo problema de saúde pública e que o envelhecimento demográfico mostra-se enquanto uma tendência mundial.

Dentre a DCNT mais comuns nas pessoas idosas, são apontadas a HAS e DM, as doenças de base de maior prevalência na incidência de DRC na população.

O envelhecimento foi abordado como fenômeno multifacetado, heterogêneo e perpassado por aspectos biopsicossociais. Para além disso, também foi contextualizado a partir das características brasileiras de inserção na dinâmica mundial como um país de capitalismo dependente e periférico, fator que reflete na superexploração da força de trabalho,

desigualdades sociais e estabelecimento de políticas públicas, dentre outros fatores, diretamente correlacionados ao processo de envelhecimento.

O objetivo da pesquisa foi identificar fatores sociais, demográficos e econômicos que constituem o perfil das pessoas idosas em tratamento hemodialítico no Hospital Regional de Taguatinga. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes é do sexo masculino, se autodeclararam pardos, casados, católicos, possui renda familiar de um salário mínimo, advinda de aposentadoria, reside nas regiões administrativas de Ceilândia-DF e Taguatinga-DF, possui ensino fundamental incompleto e iniciou o tratamento de HD há mais de 12 meses.

Ademais, foram discutidas as categorias de rede de suporte social e convívio social, acesso e implicações do tratamento de HD e acesso aos outros serviços de saúde. Todos os participantes indicaram ter rede de suporte, um percentual significativo relatou não frequentar espaços além dos ambiente hospitalar, o tempo médio de deslocamento para as sessões de HD é de 30 minutos, a maioria arca com o custo de deslocamento por meios próprios, apresenta mudanças significativas em seu cotidiano, não realizava um acompanhamento médico frequente antes do início da TRS e mencionou dificuldade de acesso aos exames complementares ao tratamento.

Os principais pontos de discussão abordados concernem à prevalência do sexo masculino no tratamento de HD, apesar da prevalência do sexo feminino na população idosa geral, relação de dependência da família em relação à renda da pessoa idosa, importância do suporte familiar e do convívio social, direito ao lazer, necessidade de investimento em estratégias de prevenção e de melhoria no acesso aos outros serviços de saúde desse público, para além do tratamento de HD.

Dessa forma, conclui-se que trazer à tona os aspectos biopsicossociais que perpassam o processo de saúde-doença das pessoas idosas é relevante inicialmente no sentido de refletir sobre possíveis propostas de melhoria na oferta dos serviços, bem como gerar acúmulo de

conhecimento teórico que subsidie as intervenções dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de nefrologia.

Para além disso, é necessário reconhecer que os fatores que constituem as trajetórias desses sujeitos auxiliam na compreensão de seus atuais contextos, de modo que a síntese dessas características possa suscitar possibilidades de intervenções focadas em estratégias preventivas e de promoção de saúde.

Portanto, o aprofundamento da discussão do envelhecimento perpassado pela especificidade da HD permite uma melhor compreensão do público que está em atendimento, considerando a expressiva quantidade de idosos dentre as pessoas que realizam esse tratamento e suscitar um debate mais geral a respeito de propostas que possam identificar de forma mais abrangente os determinantes sociais de saúde que incidem nesse recorte populacional, a fim de traçar estratégias de prevenção da DRC e também das DCNT.

REFERÊNCIAS

1. Sarmento LA, et al. Prevalence of clinically validated primary causes of end-stage renal disease (ESRD) in a State Capital in Northeastern Brazil. **Braz. J. Nephrol** [online]. 2018, v. 40, n. 2 [Accessed 21 December 2021] , pp. 130-135. Available from: <<https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3781>>. Epub 17 May 2018. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-3781>.
2. Brasil. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2018.
3. Barbosa LCC, Alencar DS, Gomes LC, Ramalho BL, Gomes CNAP. Perfil de idosos em terapia hemodialítica em serviço de nefrologia na Paraíba. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande. 2019.

4. Neves PDM et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Braz. J. Nephrol** [online]. 2020, v. 42, n. 2 [Acessado 21 Dezembro 2021] , pp. 191-200. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>>. Epub 20 Maio 2020. ISSN 2175-8239. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2019-0234>.
5. Fontinele SL, Duque EJG. A relação entre a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o perfil sociodemográfico em pessoas idosas. In M. Bermúdez Vázquez (Ed.), *Luces en el camino: Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (2445-2466).
6. Nascimento BA, Silva CC, Ataíde EA, Neto JP, Costa AM. Perfil sociodemográfico de idosos submetidos à hemodilíse. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande. 2019.
7. Iamamoto MV. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Revista Ser Social**, Brasília, v.15, n. 33, jul. /dez. 2013.
8. Teixeira SM. *Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2008.
9. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm .Acesso em: 20 dez. 2021.
10. Minayo, MCS (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.
11. Machado DN et al. *Retratos Sociais DF 2018 – A população idosa do Distrito Federal*. Brasília: Codeplan, 2020. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2021.
12. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 20 dez. 2021.

13. Motta AB. A Atualidade do Conceito de Gerações na Pesquisa sobre Envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 25, número 2. Brasília, 2010.
14. Motta AB. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos pagu**, 1999.
15. Teixeira SM. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.
16. Netto JP. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
17. Maximiano-Barreto MA, Andrade L., Campos LB, Portes FA, Generoso FK. (2019). A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, 8(2), 239–252. [Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2019v8n2p239-252>.
18. Neves LNA et al. Qualidade de vida de idosos com Insuficiência Renal Crônica (IRC): uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v.10, n.2 10(2).Itajubá. 2021 DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12147. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12147>. Acesso em: 21 dez. 2021.
19. Cargnin, MCS, Santos, KSS, Getelina, CO, Rotolia, A, Paula, SF, Ventura, J. Pacientes em tratamento hemodialítico: percepção acerca das mudanças e limitações da doença e tratamento. **Rev Fun Care** (Online). 2018 out/dez; 10(4):926-931. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.926-931>
20. Voltarelli BC, Ruzzi-pereira A. Refacs. Volume 9. Número 11 (2021).[Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i3.4475>

21. Tibaldi SD, Pessoa, CF. (2017). Direito fundamental ao lazer: personalidade e desconexão do cidadão-trabalhador. **Revista Paradigma**, 26(2). [Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/865>.
22. Florencio ACB, Alencar BT, Marins HG, Alencar RT, Campos SMG, Hartwig SV., Percepção dos idosos em tratamento de hemodiálise. **Research, Society and Development**, v.10,n. 4. [Itajubá]. 2021.[Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em: <HTTP://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14010>.
23. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acessado 21 Dezembro 2021.
24. Santos KAS et al. Principais intercorrências durante sessões de hemodiálise em paciente com comorbidades. **Brazilian Journal of Development**, 7(2), 14066–14079. 2021. [Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-162>
25. Souza PM, Amaral MS, Cotrim DS, Oliveira IA, Nunes BX. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Revista Científica FacMais**, Volume. XI, Número 4. 2017. [Acessado 21 Dezembro 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000500012>.
26. G1 Distrito Federal [Internet]. 2021 Oct 27. Nefrologia do HRT na UTI: 'Risco de morte muito mais elevado', diz documento; [cited 2021 Dec 21]; Available from: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2021/10/27/nefrologia-do-hrt-na-uti-risco-de-morte-muito-mais-elevado-diz-documento.ghtml>