



AS DOENÇAS CRÔNICAS E AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO PARA OS PACIENTES RENAI CRÔNICOS E SUAS FAMÍLIAS

Silva, Adriana

RESUMO: O estudo tem como objetivo discutir as repercussões para os envolvidos no cuidado de pessoa que realiza tratamento hemodialítico. O aumento do número de doenças crônicas é uma realidade no Brasil e, diante do fato das duas doenças crônicas mais prevalentes no país (o diabetes e a hipertensão arterial) serem as principais causas da doença renal crônica e consequente tratamento de diálise, o trabalho é fundamental para desvelar como está sendo realizado o cuidado dessas pessoas e se este cuidado tem custos – seja financeiro, de tempo, de trabalho ou emocional para os familiares e pacientes. Os principais resultados apontam que o custo do cuidado despendido para os pacientes em tratamento hemodialítico pelos familiares e/ou cuidadores vai além do gasto monetário perpassando por aspectos da vida antes não imaginados. Estes acontecimentos interferem no cotidiano de todos os envolvidos no cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Custos; Cuidado; Famílias.

INTRODUÇÃO:

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) as doenças crônicas vêm crescendo de forma alarmante no Brasil. Corrobora com esta afirmação o fato de que em 2007, 72% das mortes ocorridas no país foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, etc), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno infantil; evidenciando a especificidade dessas doenças como um “problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano” (SCHMIDT et al, 2011, p. 61).

As duas doenças crônicas mais prevalentes no Brasil são a hipertensão arterial e o diabetes, que são doenças que, se não bem controladas “abrem portas” para outras comorbidades como a Doença Renal Crônica (DRC) e a deficiência visual, por exemplo. Diante desta realidade, de crescimento das doenças crônicas de modo geral e da doença renal de modo particular, este estudo buscará problematizar as repercussões e os custos do cuidado da DRC e do tratamento hemodialítico para os pacientes e para as suas famílias.

Evidenciar as repercussões relacionadas aos cuidados com Paciente Renal



Crônico (PCR) e para suas famílias é de fundamental importância, pois uma vez iniciadas as sessões de hemodiálise, um PRC só deixará de realizá-las mediante um transplante de rins, procedimento que necessita de uma série de fatores para ocorrer e dependendo das condições clínicas do paciente não é indicado.

Portanto, depois do início do tratamento o PRC e os envolvidos com ele terão que lidar com uma nova rotina de cuidados voltada para o tratamento e tudo que este exige, visto que, dependendo da indicação médica o PRC poderá realizar as sessões de duas à três vezes por semana, de três a quatro horas por dia e ainda precisará realizar exames periódicos para acompanhamento das funções do corpo. Ou seja, o tempo despendido para o tratamento e tudo que ele acarreta afetará o PRC e seu grupo familiar por um período que não se pode prever quanto durará.

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL: RUMO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A transição epidemiológica tem relação direta com o envelhecimento populacional, pois a redução dos óbitos por doenças infectocontagiosas e o aumento da participação daqueles provocados por causas vinculadas às doenças crônico-degenerativas estão associados a processos de envelhecimento, fenômeno que tornou-se realidade nas últimas décadas em grande parte do mundo. Observa-se que o avanço tecnológico, o investimento em saúde pública e a utilização de antibióticos importados no período pós-guerra na década de 1940 corroboraram para que, com a queda da mortalidade no país, a expectativa de vida aumentasse (IBGE, 2014). Quanto menor o número de doenças infecciosas, maior o número de idosos e maiores as chances desses possuírem algum tipo de doença crônico-degenerativa.

Segundo Carneiro (2013, p. 10) “estimativas do Banco Mundial apontam que, nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano (sendo que a população total crescerá a uma taxa de 0,3%) e atingirá 64 milhões de habitantes em 2050”. O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, é reflexo dos avanços da sociedade. Entretanto, faz-se necessário apontar que o crescimento do número de pessoas nessa faixa etária somado ao reduzido número de pessoas em atividade laborativa e contributiva geram repercussões nos sistemas de garantias sociais.

A prevenção das doenças crônicas é o principal caminho para se alterar o crescente número de casos desse tipo de doenças no mundo. Entretanto, com as



péssimas condições de vida na atualidade, a população em geral reproduz maus hábitos em relação a sua própria saúde. “O aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico e do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool” (MALTA, 2014, p. 4).

Alguns fatores são chave para o desenvolvimento de Doença Crônica Não-Transmissível) DCNT. Segundo Duncan (2012) a Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou quatro principais hábitos que levam os indivíduos a adquirirem esse tipo de doença. São eles: o fumo, o uso abusivo de álcool, a falta de exercícios físicos e a má alimentação.

Os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal. Estima-se que, entre os óbitos causados por álcool, mais de 50% sejam devido às DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática (DUNCAN, 2012, p. 128).

Sabe-se que os determinantes sociais da saúde têm expressiva relação com fatores de risco para a prevalência de doenças crônicas. Tomando como exemplo a alimentação, o nicho populacional carente de recursos e informação geralmente não terá acesso à alimentos de qualidade, o mesmo acontece em relação à prática de atividades físicas. Para Claro (2015, p. 258)

desde a segunda metade do Século XX, condições favoráveis à ocorrência de desnutrição e doenças infecciosas têm sido gradativamente substituídas por um cenário favorável à ocorrência de DCNT relacionadas ao consumo excessivo e/ou desbalanceado de alimentos e à prática insuficiente de atividade física. Tal cenário pode ser verificado tanto em países desenvolvidos como em grande parte daqueles em desenvolvimento, incluído o Brasil. Nesse contexto, a estratégia global da Organização Mundial da Saúde para Alimentação, Atividade Física e Saúde, de 2003, ressalta a necessidade de adequação dos padrões mundiais de alimentação, com ênfase na redução do consumo de alimentos com alto teor de energia, baixo teor de nutrientes e alto teor de sódio, gorduras saturadas, gorduras trans e carboidratos refinados.

Sobre as atividades físicas, qual trabalhador que precisa enfrentar o trânsito das grandes cidades para se deslocar de casa para o trabalho tem tempo para realizar alguma atividade visando seu bem-estar? Um agravante desta situação de deslocamento é a infraestrutura de nossas cidades que privilegia o veículo motor ao invés do pedestre e ciclista. Há ainda a questão cultural e comercial em relação a necessidade de possuir automóvel próprio. Desta forma as pessoas ficam cada vez mais sedentárias.



As transições demográfica e epidemiológica que estão ocorrendo no Brasil atinge as famílias brasileiras também em suas relações de cuidado. Esse processo ocorre tanto em relação ao gasto financeiro ao se ofertar o cuidado, quanto em relação ao tempo de vida e trabalho despendido para este fim pelos grupos familiares, ou seja, o cuidado que os PRC necessitam envolvem custos para eles e para suas famílias.

Para Caetano e Miotto (2012, p.5)

Falar de família significa falar de um espaço complexo. A família não se reduz a um grupo natural e sua concepção pode variar dependendo da vertente teórica que se recorre para abordá-la. É um espaço que se configura e reconfigura através de constantes modificações influenciadas pelas transformações da sua própria organização familiar e transformações originadas na sociedade contemporânea. Com o avanço da industrialização, da urbanização e da modernização das sociedades, e os efeitos que as transformações relacionadas à questão econômica e a organização do trabalho ocasionaram mudanças na configuração das famílias.

Sobre o debate família e cuidado Pereira (2004, p. 32) afirma que “a família vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social. Em vista disso, quase todas as agendas governamentais preveem, de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar”. A família é chamada para o interior das políticas sociais através de orientações que rebatem na organização dessas famílias e nas possibilidades que esta tem na provisão de recursos, sendo estes financeiros ou emocionais.

De acordo com Pereira (2004, p. 29)

[...] todos os Estados de bem-estar estiveram baseados em um modelo familiar, no qual as formas de proteção eram asseguradas por duas vias: uma, mediante a participação (principalmente masculina) do chefe da família no mercado de trabalho e a sua inserção no sistema previdenciário; outra, pela participação (em sua maioria feminina) dos membros da unidade familiar nas tarefas de apoio aos dependentes e na reprodução de atividades domésticas não remuneradas.

A centralidade das políticas sociais na família também perpassa pela questão de gênero, pois “é das mulheres que se espera a renúncia das conquistas no campo do trabalho e da cidadania social, se presume que o foco central de suas preocupações continua sendo a casa, enquanto o do homem ainda é o local de trabalho” (PEREIRA, 2004, p. 39). São as mulheres que, no interior das famílias, tornam-se as responsáveis pelos cuidados prestados aos membros dependentes para o autocuidado, e este é um trabalho invisibilizado. Além dos serviços ofertados não abarcarem as necessidades familiares, deixando este dever para o âmbito privado das relações sociais, afetam ainda as mulheres que, como agentes de promoção do cuidado informal não possuem nenhum direito trabalhista.

Segundo Camarano (2014) projeções da OMS apontam para um incremento de



aproximadamente 400% na demanda por cuidados de longa duração para a população idosa residente nos países em desenvolvimento. Camarano e Kanso (2009) projetaram que o número de idosos brasileiros que deverá necessitar de cuidados prolongados poderá crescer de 30% a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas condições de saúde e autonomia.

Para Pereira (2005, p.7)

Face aos novos riscos sociais, todos os países do mundo, desde os tradicionalmente mais generosos, como os Escandinavos, até os mais relutantes na prática extensiva da proteção social, como os Estados Unidos, têm concluído que não podem aumentar os gastos sociais frente a demandas cada vez maiores, que tendem a se concentrar em duas áreas: 1) na velhice, requerendo aumento de pensões e aposentadorias, além de despesas com saúde; e 2) no desemprego, exigindo uma variada gama de medidas de combate à pobreza e à ameaça de esgarçamento da coesão social. O problema é que essas demandas tendem a crescer continuamente porque o envelhecimento apenas começou e a estabilidade do desemprego e da precarização do trabalho é uma realidade de difícil reversão.

Apesar da constatação do crescimento da população idosa e decorrentes demandas por cuidados em saúde a esta faixa etária, ressalta-se que os idosos, bem como as crianças e adolescentes e pessoas com deficiência possuem legislações específicas de proteção – o que não garante que terão suas necessidades de cuidado atendidas ou mesmo ajuda nos custos - já os adultos não. Pessoas adultas que, por algum motivo, necessitarem ao longo da vida de cuidados em saúde, não possuem legislações/estatutos para receberem proteção social. Precisa-se refletir na situação deste adulto. Como ele poderá realizar a manutenção de suas necessidades básicas de vida? Se ele não possuía qualidade de segurado junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) anteriormente à doença não conseguirá acessar benefícios previdenciários, bem como dependerá da renda e da composição familiar para conseguir o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Desta forma, diferentemente dos idosos, deficientes e das crianças e adolescentes, os adultos ficam ainda mais a mercê de cuidados familiares.

Resta-nos saber quem será responsável pelo cuidado aos idosos e aos adultos que ficam dependentes por motivo de doença. A rotina do PRC e de toda sua família precisará ser alterada para a realização das sessões de hemodiálise. Neste sentido, a pesquisa de campo pretende evidenciar o quão custoso é para a família e para os próprios PRC realizar o tratamento hemodialítico. O tratamento, por vezes, exige muito sacrifício dos PRC e família seja no cuidado com as doenças prévias, com a Fístula, no acompanhamento das sessões de hemodiálise e nas atividades da vida diária (para os pacientes dependentes).



Uma possível indicação seria a criação de centros dia para os idosos e para as pessoas que possuem dependência para o cuidado no sentido de seus familiares pudessem continuar suas rotinas de vida normalmente, pois muitas famílias poderiam continuar cuidando, mantendo seu local no mercado de trabalho se existissem mecanismos como estes para auxiliá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

As DCNT de maneira geral, e a obesidade, o diabetes e a hipertensão arterial de maneira particular, são consideradas a nova ameaça à saúde da população (BRASIL, 2011c). Estas são doenças ligadas principalmente ao estilo de vida das pessoas na atualidade, além do fator hereditário. Analisando os dados coletados por institutos como IPEA e IBGE é possível vislumbrar a transição epidemiológica e demográfica que o Brasil está passando, por este motivo estudar e prevenir essas doenças é tarefa fundamental dos serviços de saúde.

A partir das exposições realizadas neste estudo, pode-se inferir que a população brasileira não está tendo bons hábitos em relação à alimentação, à prática de atividades físicas e, como verificado, não priorizam um acompanhamento preventivo em saúde. Diante desta realidade, faz-se primordial que os profissionais da saúde se atentem a esta nova realidade e procurem agir e estudar as transições que o país está vivendo para interferir nesta realidade. Neste sentido, o estudo foi proposto com o intuito de investigar como as famílias estão realizando a tarefa do cuidar e quais os custos para essas famílias que realizam o cuidado de pessoa em tratamento hemodialítico.

Diante desta realidade os desafios estão estabelecidos para os gestores das políticas sociais e para as famílias. Os gestores precisarão dar soluções, oferecer alternativas à população no sentido de responder quem poderá fornecer o cuidado requisitado pelos membros envelhecidos, às crianças e os dependentes dentro das famílias.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, **Ministério da Saúde**, DF 2014.

CAMARANO, A. A.. Organizadora. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** 2014.



CAMARANO, A. A. ; KANSO, S. **Perspectivas de Crescimento para a População Brasileira: Velhos e Novos Resultados**. Texto para Discussão (IPEA. Brasília), v. 1, p. 1-31, 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf
Acesso em: 08 de Out de 2015

CARNEIRO L. A. F. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro e Estudos de Saúde Suplementar. **IESS [org]**, São Paulo, 2013.

CLARO, R. M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, 2015, p. 257-265.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de saúde pública: Journal of public health**. São Paulo. Vol. 46, supl. 1 (dez. 2012), p. 126-134, 2012.

IBGE. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. IBGE, Rio de Janeiro, 2014. 181 p.
Disponível em:
<<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogoview=detalhes&id=294075>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

MALTA, D. C. Doenças crônicas não transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. vol. 19 no.1 Rio de Janeiro, 2014.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. (org.). **Serviço Social: questões contemporâneas**. 1ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2012, v. 1, p. 125-138.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**, v. 2, 2004, p. 25-42.

PEREIRA, P. A. P. Formação em serviço social, política social e o fenômeno do envelhecimento. **Mesa Redonda do Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil**, 2005, p 1-14.

SCHMIDT M. I., Duncan BB, Stevens A, Luft V, Iser BPM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: **Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde**. Brasília, DF; 2010, p.111-136.