



**Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4(19):44-54**

**Artigos de
Temas Livres**

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v4i19.733](https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.733)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 03/11/2022

Aceito: 18/04/2023

Doença renal crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde

Chronic kidney disease: an analysis of the social determinants of health

Clifftianny Alves Sousa¹ , Cármen Lúcia Lucas da Silva² 

¹ Assistente Social, Residente em Nefrologia, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, Brasília-DF, Brasil.

² Mestre em Ciências para a Saúde pela Escola Superior de Ciências da 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 da Saúde (ESCS)/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Correspondência: clifftianny.sousa@escs.edu.br

RESUMO

Objetivo: analisar a percepção das pessoas com doença renal crônica sobre o processo de saúde e doença a partir da ótica dos determinantes sociais de saúde. **Método:** trata-se de uma pesquisa de abordagem dialética, qualitativa, desenvolvida em um Hospital da rede de saúde pública do Distrito Federal – DF, tendo como amostra 20 pacientes em tratamento renal substitutivo de hemodiálise. **Resultados:** constatamos que os fatores sociais, econômicos, biológicos e culturais que envolvem o processo de saúde-doenças dos portadores de DRC não são percebidos por estes como condicionantes do processo de adoecimento, apesar destas apresentarem as bases materiais como problemas sociais e de saúde. **Conclusão:** as desigualdades sociais tanto influenciam como determinam o processo de adoecimento dos portadores de doença renal crônica.

Palavras-chave: Determinantes sociais de saúde; Questão social; Doença renal crônica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perception of people with chronic kidney disease about the health and disease process from the perspective of social determinants of health. **Methods:** this is a research with a dialectical, qualitative approach, developed in Distrito Federal – DF in a Public Hospital with a sample of 20 patients undergoing renal replacement treatment of hemodialysis. **Results:** we found that the social, economic, biological and cultural factors that involve the health-disease process of patients with CKD are not perceived by them as a conditioning factor of the illness process, although these present the material bases as social and health problems. **Conclusion:** social inequalities are not only conditioning factors of the illness process, but are also part of the determinants of this process.

Keywords: Social determinants of health; Social issue; Chronic kidney disease.

INTRODUÇÃO

As transformações capitalistas causadas pela expansão da globalização econômica, avanço tecnológico e aumento das desigualdades e injustiças na sociedade trouxeram à tona debates acerca das desigualdades sociais em saúde enquanto expressão da questão social. Através destes debates, presentes principalmente no âmbito acadêmico, emergiram discussões acerca da definição de saúde¹.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)², saúde é o estado de bem-estar social, físico e mental, não estando diretamente ligado a ausência de doenças, mas uma harmonia no organismo social, físico e psíquico. Esta definição é importante por entender que não apenas os determinantes que produzem o estado de saúde do homem, mas o resultado da interação entre corpo-mente e meio. Com base neste conceito, em 2005, a OMS cria a Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) a fim de promover o reconhecimento dos fatores individuais, sociais, econômicos, culturais, psíquico e ambientais que influenciam no processo de saúde-doença da população².

De acordo com Carvalho (2013), as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde da população, sendo que a maior parte da carga das doenças – assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países – acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”³.

Assim nem todos os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) têm o mesmo nível de importância, sendo os mais destacados aqueles que representam a estratificação social (condições de distribuição de riqueza, poder e prestígios sociais) que alimenta as iniquidades relativas ao poder econômico, alterando a ordem social dos indivíduos e aprofundando as injustiças sociais. Estes mecanismos que alteram o posicionamento social dos indivíduos são as causas mais profundas das iniquidades em saúde³.

Este conceito de DSS pode ser visualizado na figura abaixo, como o modelo Dahlgren e Whitehead³.

Ao conceituarmos os DSS como sendo resultado do conjunto psicossocial e biomédico no qual o indivíduo está inserido e relacionarmos com os portadores de doença renal crônica, percebemos que estes pacientes dependem de ações que vão além das análises biomédicas tradicionais, mas compreendem a percepção do homem a respeito do processo de saúde/doença, sendo esta percepção construída a partir dos aspectos societários que contemplam o homem em sua totalidade⁴.

O modelo instituído de DSS busca afirmar a autoridade das iniquidades sociais sob as desigualdades na saúde. Considerando as evidências da influência do social na saúde da população, podem-se traçar mudanças que contemplem o macrosocial, abarcando políticas públicas no campo da economia, saúde, educação, moradia. Deste modo, a análise dos DSS, seguindo a tradição marxista, deve considerar as formas de organização da vida social a partir da relação capital-trabalho. Portanto, “[...] o pressuposto filosófico implícito é



Fonte: Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008).

que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão 'subsumidas' às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico" (p. 57)⁵.

Assim, refletir a saúde requer pensar nas desigualdades sociais enquanto expressão da questão social existente na sociedade capitalista e que se evidencia nos problemas sociais, econômicos e políticos^{4,5}. Os autores adotam neste artigo, a compreensão de Lamamoto⁶ sobre a questão social. De acordo com a autora, a questão social é o reconhecimento das desigualdades na sociedade existentes na lógica capitalista, tendo sua gênese na reprodução social coletiva que é apropriada de forma individual⁶.

Dentre as expressões da questão social, objeto de trabalho do Serviço Social, podemos destacar: fome, desemprego, as diversas formas de violência, a falta de acesso às políticas públicas, a escassez de recursos, dentre outros. Assim, podemos elencar a saúde como expressão da questão social ao reconhecer que esta é produto de determinantes sociais e está inserida dentro das relações da sociedade⁴.

É perante este conceito de saúde que o assistente social vai intervir a partir dos determinantes sociais, baseando sua atuação profissional em três eixos norteadores: o direito à saúde, às necessidades sociais em saúde e por fim, a produção da saúde. Deste modo, realiza sua ação entrecruzando o conhecimento sobre a realidade social dos sujeitos; as condições de adoecimento; suas demandas; e seus direitos, a forma de acessá-los e os recursos disponíveis⁷.

Assim, sendo um dos grandes desafios da saúde na contemporaneidade, a Doença Renal Crônica (DRC) traz aspectos da questão social relacionadas à crise de identidade, aposentadoria precoce, mudanças no papel social, redefinição da função e dos contratos sociais⁸. Por ter uma natureza complexa, a DRC causa alterações orgânicas e sistêmicas que vão além dos sintomas físicos, adentrando os aspectos psicológicos, sociais e culturais do portador. As perdas que esta doença traz ultrapassam o campo patológico e interferem no campo social, evidenciando as expressões das questões sociais como a perda do emprego e da produtividade, baixa qualidade de vida, perda da autonomia e funcionalidade⁹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)¹⁰, a DRC é uma síndrome metabólica caracterizada pela perda progressiva, lenta e irreversível da função tubular glomerular e endócrina dos rins. Caracteriza-se

por ser uma doença de difícil detecção em seu estágio inicial e apresenta alguns sintomas em seu estado mais crítico como fadiga, sonolência, confusão mental, oligúria, edemas e hematuria. Apresenta como fatores de risco a diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares, lúpus sistêmico, tabagismo, uso de diuréticos, agentes nefrotóxicos e histórico familiar de DRC¹⁰.

O tratamento dispensado ao portador de DRC apresenta várias possibilidades, como: diálise peritoneal ambulatorial e contínua (DPAC); peritoneal automatizada (DPA); hemodiálise (HD) e o transplante renal (TR)¹⁰.

Neste estudo, ressaltaremos a forma hemodialítica de tratamento. A HD é realizada por uma máquina que remove as impurezas do corpo, como um rim artificial. Para o tratamento são prescritas sessões regulares, que a depender da condição clínica do paciente, podem variar de frequência e duração. Em média, estas ocorrem entre 3-4 vezes semanais com duração variável de até 5 horas por sessão¹⁰.

Vale ressaltar que esta modalidade também pode afetar as habilidades funcionais, limitando os portadores de DRC nas atividades do cotidiano, causando perdas e mudanças biopsicossociais que podem levá-los a um quadro de perda da própria imagem. Em Marx, a essência do homem é constituída de alguns componentes como a liberdade, o trabalho, a socialidade, consciência e universalidade. No entanto, quando o homem perde algum destes componentes, ele experimenta a desumanização^{11,12}.

Na visão marxista, o homem se diferencia das outras espécies de animais por ter a capacidade de planejar e projetar suas realizações antes que elas ocorram. No entanto, quando o homem é impossibilitado de realizar seus projetos, ele experimenta a submissão ao fenômeno brutal, o tratamento dialítico. Para o adoecido, o tratamento da DRC hemodialítica associado aos determinantes sociais dificultam as possibilidades do seu desenvolvimento pessoal. Em geral, os doentes não percebem o motivo de seu adoecimento, não associando este processo às baixas condições de compra, à má alimentação, falta de acesso aos recursos de saúde, à insalubridade do trabalho, o baixo nível de instrução, uma cultura de preconceitos com relação ao modelo de tratamento biomédico etc⁷.

Neste sentido, cabe ao assistente social estimular a consciência crítica, considerando a saúde como um processo social, podendo até mesmo afirmar que a carga de adoecimento de um indivíduo é decorrente

das condições sociais em que ela nasce, vive, trabalha e envelhece. Com base nos 'Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde' e no projeto Ético-Político do Serviço Social, os assistentes sociais são orientados a terem uma postura antagônica ao modelo dominante, assistencialista, individualista e educadora¹³. E é frente a uma realidade social, aparentemente, desarticulada e fragmentada, que a atuação do assistente social vai objetivar-se no sentido de promover os direitos sociais dos portadores de DRC e lutar para que as desigualdades sociais existentes não se sobreponham à justiça social¹³.

Ressalva-se que estes não são problemas sem conexões com a realidade social ou pertencentes a somente uma mazela da população, à classe trabalhadora, mas estão intrincados no seio da sociedade como um todo. Os determinantes sociais de saúde têm sua raiz na luta de capital-trabalho, que vão adquirindo novas formas de acordo com o momento histórico vivenciado pelo capital. Assim, não há como estudar os determinantes sociais em saúde sem levar em consideração as expressões da questão social, ou ao menos, os desdobramentos desta¹⁴.

Portanto, este estudo objetivou identificar a percepção das pessoas com doença renal crônica em hemodiálise acerca do processo saúde-doença sob a ótica dos determinantes sociais e analisar sua compreensão sobre os DSS.

METODOLOGIA

O estudo é quanti-qualitativo, as variáveis analisadas foram gênero, escolaridade, renda, tipo de benefício, religião e tempo em hemodiálise, foi realizado em um hospital da rede de saúde pública do Distrito Federal, e teve como fonte de dados entrevista com 20 pacientes em tratamento renal substitutivo de hemodiálise.

Os dados coletados foram processados utilizando a análise de conteúdo de Bardin¹⁶, que é composta por ferramentas metodológicas direcionadas à análise de pesquisa qualitativa, em que foram escolhidas as respostas consideradas satisfatórias e representativas para a sistematização das informações. Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foi respeitada a resolução N° 674/2022 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), que regulamenta as diretrizes e normas para pesquisas que envolvam a presença e participação de humanos¹⁷, tendo sido inscrita sob o CAAE: 56576521.7.0000.5553, com parecer substanciado de aprovação N° 5442018.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada em dois dias diferentes (segunda-feira e sábado) a fim de contemplar todos os perfis de pacientes. A amostra foi constituída de 20 pacientes renais crônicos em hemodiálise. Ao observarmos a Tabela 1 podemos fazer um levantamento do perfil sociodemográfico e econômicos dos pacientes entrevistados.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis de caracterização sociodemográfica e econômica.

Variável	Porcentagem
Sexo	
Feminino	20%
Masculino	80%
Idade	
30-59 anos	45%
60-90 anos	55%
Grau de escolaridade	
Analfabeto	10%
Ensino fund. incompleto	45%
Ensino fund. completo	25%
Ensino médio	20%
Renda	
R\$ 0,00-1.200	75%
R\$ 1.200-2.400	15%
R\$ 2.400-3.600	10%
Tipo de benefício	
Aposentado	60%
Pensionista	5%
Beneficiário	35%
Religião	
Católica	65%
Evangélica	35%
Não declarados	0%
Tempo em hemodiálise	
0-2 anos	30%
2-4 anos	45%
Mais de 4 anos	25%

Fonte: Própria.

Como podemos observar na Tabela 1, a amostra foi constituída em sua maioria de idosos (55%), do gênero masculino (80%) o que sugere um menor grau de preocupação, durante a juventude, com a saúde¹⁸. De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde¹⁸, o sexo masculino tem uma prevalência de internação 51% a mais que o sexo feminino, sendo que a maior proporção de internações masculinas ocorre entre a idade de 50-60 anos, o que corrobora com os dados apresentados nesta pesquisa.

Ademais, a parcela idosa da população é a que mais cresce no Brasil. Tal fato aliado à queda da taxa de fertilidade, tanto em números absolutos como relativos¹⁸ está refletida na mudança da pirâmide etária do país, trazendo questões sociais relativas à qualidade de vida desta população, os serviços e políticas públicas que atendam este perfil. Se por um lado, esta mudança no perfil populacional do país trouxe o benefício da longevidade, por outro lado aumentou a ocorrência e custos com doenças crônicas degenerativas, assim como políticas públicas, sociais e de saúde, que atendam essa população^{18,19}.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 45% (n=x) dos doentes renais crônicos em hemodiálise que foram entrevistados, não possuíam ensino fundamental completo e 10% (n=2) eram analfabetos.

No que tange à questão econômica, 75% (n=x) declararam possuir renda mensal de até um salário-mínimo e apenas 25% (n=x) possuíam renda de um salário-mínimo.

Corroborando com os dados supracitados, estudos sobre as desigualdades socioeconômicas e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis apontam que o grau de escolaridade aliado ao baixo poder aquisitivo, condições de trabalho e moradia influenciam na incidência de doenças na população menos favorecida²⁰.

Outra variável analisada foi o tipo de renda que demonstrou que todos os pacientes (100%) estão fora do mercado de trabalho, dos quais 60% são aposentados do Regime Geral da Previdência – RGP o que significa que em algum momento da vida estavam no mercado de trabalho formal ou eram contribuintes do RGP de forma autônoma e 35% declaram que exerciam alguma atividade laborativa, mas não eram vinculadas à Previdência Social e 5% declararam ser donas de casa antes do adoecimento. Ressalta-se que os dados referentes aos trabalhadores informais, dona

do lar, autônomos não vinculados ao RGP, não são reconhecidos como trabalho gerador de mais-valia, contudo estes geram condições favoráveis para que o capital se reproduza²¹.

Assim, elencar o trabalho não produtivo como não trabalho é cair na armadilha da falta de entendimento do conceito de trabalho, visto que ambos estão disponibilizando sua força de trabalho/tempo para a reprodução do capital de forma direta ou indireta, como trabalhadores concretos ou abstratos²¹.

A respeito da religião, 65% dos entrevistados declaram-se católicos e 35% evangélicos. Este dado revela-se importante, pois estudos demonstram a importância da espiritualidade e da religiosidade como ferramentas de enfrentamento do processo de saúde-doença²².

A espiritualidade pode ser compreendida como uma busca individual por propósitos e sentido da vida, podendo ser percebida através da religiosidade ou através da visão de vida. Já a religiosidade consiste na relação que o homem tem com suas crenças em um ser transcendente, e em muitos casos, místico. Estes dois fatores, segundo o autor, são importantes ferramentas de enfrentamento que causam mudanças no estado clínico, físico, psíquico, social e econômico²².

Em relação aos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais podemos acompanhar na Tabela 2.

A partir da Tabela 2, podemos analisar o perfil biopsicossocial dos entrevistados conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead de determinantes sociais de saúde³.

De acordo com os dados aferidos das entrevistas, 18 pacientes apresentaram ter entre os familiares de 1º e 2º grau, pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Entre as DCNT mais comuns encontram-se a hipertensão e a diabetes, que atingem todas as camadas sociais, sendo mais evidenciadas entre as camadas mais vulneráveis da população²⁴.

A DRC é associada a doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, glomerulonefrite, lúpus sistêmico ou doenças renais policísticas²⁵. Percebe-se que a DRC está relacionada, principalmente com a diabetes mellitus (DM) e hipertensão, que são as principais causas de Insuficiência Renal (IR) em pacientes em Terapia Renal Substitutiva de hemodiálise/diálise²⁶.

Tabela 2 – Determinantes sociais de saúde.

Pergunta	Sim	Não	Às vezes
Familiares com doença crônica não-transmissível	90%	10%	
Acessava a rede de saúde	50%	30%	20%
Preocupava-se em envelhecer		100%	
Alimentação saudável	50%	35%	15%
Hábitos de higiene saudável		100%	
Prática de atividade física	20%	80%	
Fica muito tempo ocioso	25%	65%	10%
Tem momentos de lazer	15%	20%	65%
Uso de substâncias		100%	
Comportamento de risco		100%	
Sente-se bem consigo	95%		5%
É estressado	5%	80%	15%
Boas relações sociais	100%		
Participação em grupos de apoio	10%	75%	15%
Acesso a grupos de apoio comunitário	15%	55%	30%
Satisfação com a renda	40%	60%	
Satisfação com o saneamento	30%	70%	
Satisfação com a moradia	30%	15%	55%
Acesso aos serviços de saúde	70%	25%	5%
Acesso à educação	85%	10%	5%
Sofreu ou sofre preconceito		95%	5%
Sente-se desrespeitado etnicamente		100%	
Sente-se respeitado em sua condição financeira	90%	10%	
Pensa sobre a saúde	85%	10%	5%
Procura informações sobre a saúde	25%	70%	5%

Fonte: Própria.

Ademais, a HAS foi identificada como o fator principal de risco de mortalidade e risco para DRC, sendo um importante marcador de declínio da função renal, pois a Pressão Arterial (PA) elevada está relacionada ao início da progressão da DRC e demais fatores de risco como tabagismo, DM, obesidade, hiperlipemia²⁷.

Percebe-se que já neste ponto da pesquisa, a opinião dos entrevistados em relação aos seus diferentes processos de adoecimento começa a fazer-se visível. Quando questionados sobre o acesso à rede básica de saúde, 50% afirmam que não tinham acesso a políticas de prevenção, como Estratégia Saúde da Família, seja

por resistência a ir ao médico ou pela falta do serviço próximo à sua residência.

“[...] eu não ia o médico, nunca fiquei doente, [...] minha mulher brigava para eu me cuidar, mas eu trabalhava muito, passava muito tempo na estrada viajando, trabalhando, comendo em qualquer lugar e comia de tudo, me sentia bem. Quando fiquei doente já foi para entrar na máquina.” (entrevistado nº 17)

Esta fala ilustra bem a percepção dos entrevistados acerca do processo de saúde e doença. Para estes,

principalmente do sexo masculino, procurar ajuda especializada é o último recurso a ser tomado, quando todas as outras possibilidades já foram esgotadas.

“[...] eu não tinha tempo para ir ao médico não, trabalhava muito, não podia parar pra tá procurando doença. [...]” (entrevistado nº 4)

Apesar das políticas de saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, estarem voltadas ao direito à saúde como dever do Estado e direito de todos⁹. O Estado ainda enfrenta dificuldades em oferecer este serviço de forma integral e de qualidade⁹. A Estratégia Saúde da Família, enquanto instrumento preventivo e educador, nos primeiros degraus da saúde, mostra-se falha quando percebemos o aumento crescente de comorbidades como a DM, HAS e a DRC dialítica que poderiam ser tratadas e controladas nas primeiras manifestações, se houvesse uma educação continuada com a população e um maior oferecimento deste serviço⁹.

Apesar do envelhecimento populacional em todo o globo vir acompanhado da preocupação de como esta população está envelhecendo¹⁹, este não foi um dado que podemos identificar entre os entrevistados, posto que 100% deles declararam que durante a juventude não se preocupavam com o processo de envelhecimento. Este dado talvez se torne compreensível à luz dos múltiplos fatores que envolvem o processo de envelhecimento. Em pesquisa realizada sobre o jovem frente ao processo de velhice e ao envelhecimento, “o adolescente raramente se vê velho, tão pouco percebe que está em processo de envelhecimento” (p. 90)¹.

Quanto aos hábitos de vida das pessoas com DRC, podemos destacar que 50% dos entrevistados relataram ter uma alimentação saudável, 35% afirmam que não costumavam se alimentar de forma correta, devido às atividades do dia ou relacionadas ao trabalho, e 15% afirmaram que às vezes conseguiam se alimentar bem. O entrevistado nº 17 relatou que devido à sua profissão costumava ingerir dieta hiperlipídica, à beira da estrada em locais insalubres, não se preocupando com hábitos alimentares. Esta fala foi reforçada pelo entrevistado nº 1, 7 e 13.

Em relação aos hábitos de higiene, a totalidade dos entrevistados afirmou que tem bons hábitos, toma banho diariamente e costuma cuidar da aparência física e do ambiente onde vivem. Sobre a prática de

exercícios físicos, 20% afirmaram que tinham por hábito fazer algum tipo de atividade física como caminhada, enquanto 80% afirmaram ser sedentários. Sobre o tempo ocioso, 25% afirmaram que após o adoecimento passaram mais tempo ociosos em frente à televisão ou mesmo no sofá de casa, enquanto 65% afirmaram que tentaram manter uma rotina de atividades e tarefas que lhes mantêm ocupados durante o dia.

A inatividade física, aliada à falta de qualidade de vida e à alimentação inadequada, é importante fator para o acometimento de DCNT, dentre elas a HAS, DM, doenças cardiovasculares que são os principais fatores de risco das DRC dialíticas⁹. Por outro lado, adotar hábitos de vida saudáveis, inclusive na presença da doença, melhora o quadro de saúde do paciente^{9,20,24}.

Ao serem questionados sobre o tempo que dispõe para o lazer, 15% afirmaram que dispõem de momentos de lazer, indo à igreja ou passeando com os familiares, enquanto 20% afirmaram não ter condições, após o adoecimento, de sair de casa. Em relação ao uso de substância tóxica e comportamento de risco, 100% dos entrevistados afirmaram não ter hábito de risco, evitando quaisquer substâncias que possam vir a comprometer ou piorar o quadro de saúde.

Ao tratarmos sobre o estilo de vida e comportamento das pessoas com DRC, percebemos que em alguns casos os entrevistados apontam a doença e o tratamento como empecilhos para uma vida social mais saudável. Como podemos aferir a partir dos dados supracitados, os hábitos e comportamentos dos entrevistados tendem a ser modificados a partir do diagnóstico, pois se espera que o paciente possa se adequar ao tratamento recomendado pela equipe médica e multiprofissional³.

Com relação aos aspectos psicológicos e relações sociais, podemos constatar que 95% dos entrevistados sentem-se bem consigo, enquanto 5% relataram que às vezes; em relação ao estresse, 80% relataram que são calmos e raramente têm momentos de estresse; sobre ter boa relação com outras pessoas, 100% afirmaram que mantêm boa relação com os demais; já ao serem questionados sobre os grupos de apoio na comunidade na qual eles participam, 75% relataram que não participam de nenhum grupo de apoio e 55% dos entrevistados afirmaram que não têm acesso a nenhum grupo de apoio comunitário.

Percebe-se que os dados referentes aos aspectos sociais e comunitários dos entrevistados fazem-se

importante por estes representarem o capital social dos portadores de DRC⁸. A visão de si e do mundo ao redor afeta como os portadores de DRC irão traçar estratégias de enfrentamento diante da nova realidade apresentada pelo diagnóstico e tratamento²³. Um capital social reduzido ou ineficiente significa, na maioria dos casos, o isolamento social, depressão, ansiedade, transtornos cognitivos e por fim, avanço do processo de adoecimento²⁷. O acompanhamento psicossocial, a espiritualidade, a integração e participação comunitária são fatores essenciais para que os portadores de DRC possam enfrentar o processo de adoecimento e o tratamento, sendo estes, por vezes, um dos fatores importantes no processo de adesão²³.

O fortalecimento das relações sociais e interpessoais, assim como a integração comunitária, é uma condição de fortalecimento para o tratamento e adesão não somente por parte dos adoecidos, mas também pelos familiares^{4,8,22}. A vivência de grupos de apoio e/ou espiritual em conjunto com uma equipe assistencial de saúde colaborativa e eficaz é essencial para a diminuição do estresse e do sofrimento acarretado pelo processo de adoecimento²⁷.

Em relação aos dados referentes às condições socioeconômicas e de trabalho, chegamos aos seguintes resultados: 60% dos entrevistados afirmaram que são satisfeitos com sua condição financeira, enquanto 40% afirmaram que precisam complementar a renda, 75% dos entrevistados receberam aproximadamente um salário mínimo; em relação às condições de saneamento básico da comunidade, 70% afirmaram que não estão satisfeitos, posto que falta rede de esgoto e coleta de lixo, e 30% afirmaram que sentem-se satisfeitos; sobre a residência, 30% afirmaram que estão satisfeitos com as condições de moradia, enquanto 15% afirmaram que necessitam de algumas reformas e 55% falaram que pretendem fazer alguma reforma na moradia mas que sentem-se satisfeitos com as condições atuais; sobre o acesso aos serviços de saúde, 70% afirmaram que têm acesso e são assistidos pelo programa Saúde da Família, 25% afirmaram que não têm acesso ou que a rede de saúde fica distante da residência e 5% afirmaram que as vezes têm acesso à rede de atenção básica; sobre a educação, 70% afirmaram que têm escolas próximo da moradia, enquanto 30% afirmaram que não têm.

A partir dos dados citados, podemos perceber que a rede de Atenção Básica e as demais Políticas Públicas de saúde, educação, moradia e saneamento não têm cumprido seu papel em proporcionar a população de modo geral, serviços de qualidade e que atendam de forma satisfatória as demandas, haja vista que o acesso aos serviços públicos é uma das principais preocupações da saúde pública e das pesquisas referentes ao processo de saúde-doença da população³.

Em relação aos aspectos culturais, econômicos e ambientais dos entrevistados, temos os seguintes dados: 100% dos entrevistados afirmaram que nunca foram vítimas de preconceito social; 95% afirmaram que se sentem desrespeitados em relação à cor da pele e à religião; 90% afirmaram que se sentem respeitados por sua condição financeira e 10% afirmaram que já sofreram preconceito em relação à renda; 85% pensaram em seu atual estado de saúde, 10% afirmaram que não costumam pensar a respeito e 5% afirmaram que às vezes têm alguma preocupação em relação à saúde; 70% afirmaram que não costumam questionar a equipe sobre sua saúde, 25% afirmaram que questionam a equipe e 5% afirmaram que as vezes fazem este questionamento.

A DRC e o tratamento complexo desestimulam os entrevistados a tentarem saber sobre seu quadro de saúde. Uma fala comum é a não compreensão dos termos e terminologias médicas utilizadas pelos profissionais de saúde para descrever o seu quadro³.

CONCLUSÃO

O presente estudo nos revelou a importância do conhecimento acerca dos determinantes sociais de saúde que envolve as pessoas com DRC e os diversos aspectos da questão social presente no processo de saúde-doença dos usuários do sistema público de saúde.

A partir dos dados apresentados podemos constatar os vários fatores sociais, econômicos, biológicos e culturais que envolvem a compreensão do usuário acerca do processo de adoecimento. O que nos levou a refletir sobre as muitas conjecturas envolvidas no adoecimento que possibilitam a compreensão deste processo não mais pelo aspecto biomédico, mas pela totalidade do ser social.

Assim, constatamos que os problemas sociais apresentados pelos entrevistados possuem uma base material. Isto é, o processo de saúde-doença possui como pano de fundo as condições sociais (pobreza, desigualdade, desemprego, aposentadoria precoce, miséria, saneamento, educação etc.) que o indivíduo está inserido, deste modo, as condições de saúde são intrínsecas às condições sociais.

Por fim, a própria problemática do processo de saúde-doença ora é fruto da acumulação capitalista que gera as desigualdades sociais, questão social, ora é condicionada a ela. Logo, não podemos afirmar que as desigualdades sociais por si só são determinantes

para o processo de saúde-doença das pessoas com DRC em diálise, mas que os determinantes sociais de saúde apresentam a questão social como condicionante deste processo.

Diante deste contexto, sugere-se a formulação de políticas públicas que visem à compreensão dos sujeitos não somente a partir do diagnóstico, mas considerando os determinantes sociais que possam auxiliar as pessoas com DRC a identificarem os condicionantes e determinantes dos processos de adoecimento e desta forma traçar estratégias que visem o processo de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Inácio de Oliveira MJ, do Espírito Santo E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Uniter Cad Saude Desenvol.* 2013; 2(2): 7-24.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Organização. 5ª Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAdede/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>
3. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em SciELO Books.
4. Silva ACR, Lemos ST de F. Implicações sociais do tratamento hemodialítico na vida de jovens com doença renal crônica. *O Público e o Privado* [Internet]. 2018 [acesso em 2023 abr 10];16(31 jan.jun):107-28. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/2298>
5. Nogueira VMR. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais – um debate necessário. *Serviço Social e Saúde.* 2015 mai 6;10(2):45.
6. Marilda Villela I. *A Questão Social no Capitalismo.* Temporalis/Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social. 2001 Jan;3:9-32.
7. Nogueira D de O. Determinação Social da Saúde e Serviço Social: contribuições para o debate. *Repositório UNESP BR* [Internet]. 2017 Jun 27 [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/152780>
8. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2012 Jun;15(2):415-28.
9. Aguiar LK de. Avaliação da atenção primária à saúde de pessoas com doença renal crônica. *Repositório UFMG* [Internet]. 2019 Jun 24. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/32332>

10. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Brazilian chronic dialysis survey 2017. *Brazilian Journal of Nephrology* [Internet]. 2019 Jun [cited 2021 Mar 25];41(2):208-14. Available from: https://www.scielo.br/pdf/jbn/v41n2/pt_2175-8239-jbn-2018-0178.pdf
11. György M, Axel H, Joas HM. Antropologia: o conceito de essência humana na filosofia de Marx. *Vaucluse*, N.S.W.: Modem-Verlag; 2014.
12. Marx K. *Grundrisse: Manuscritos econômicos de 1857-1858*. Boitempo Editorial; 2015.
13. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar). Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde, março de 2009 [Internet]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf
14. Souza D de O, Silva SEV da, Silva N de O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social.” *Saúde e Sociedade*. 2013 Mar;22(1):44-56.
15. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* [Internet]. 2016; 95 p–95 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047761>
16. Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
17. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução No 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>
18. NerbassFB, Lima H do N, Thomé FS, Vieira Neto OM, Lugon JR, Sesso R. Brazilian Dialysis Survey 2020. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2022 Feb 23.
19. Ministério da Saúde. *Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil* [Internet]. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf
20. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG da, Szwarzwald CL, Barros MB de A. Socioeconomic inequalities related to non communicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2021 Dec 10 [cited 2022 Jan 25];24:e210011. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2021.v24suppl2/e210011/>
21. Carla J, Gois S. Os fundamentos do trabalho em marx: considerações acerca do trabalho produtivo e do trabalho improdutivo [Internet]. 2017. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/04/Eixo_1_250.pdf
22. Bitar M, Leimig C, Lira R, Borges Peres F, Gorayeb A, Ferreira C, et al. Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise Quality of life, spirituality, religiosity, and hope in chronic renal diseasepatients in hemodialysis. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2018; 16(1): 30-6. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf
23. Melo SP da S de C, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz R de SBLC, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 Aug 5 [acesso em 2021 ago 10];24:3159-68. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/3159-3168/>
24. Kirsztajn GM. Doença renal crônica: diagnóstico e prevenção [Internet]. SBN. 2020. Disponível em: <https://www.sbn.org.br/noticias/single/news/doenca-renal-cronica-diagnostico-e-prevencao/>

25. Zarife AS, Fraga-Maia H, Mill JG, Lotufo P, Griep RH, Fonseca MJM, Brito LL, et al. Variabilidade da Pressão Arterial em Única Visita e Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2022;119(4):505-11.
26. Moscovici S. *Representações Sociais e investigação em psicologia social* [Internet]. 5th ed. Duven G, editor. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/25698906/MOSCOVICI_S_Representa%C3%A7%C3%B5es_Sociais
27. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FD, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2011; 45(6): 1127-1136. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240194015>

