

# O paciente renal crônico no contexto da saúde e desigualdade social

*The chronic kidney patient in the context of health and social inequality*

Jaqueline Almeida Costa,<sup>1</sup> Leni Boghossian Lanza<sup>1</sup>

## RESUMO

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, cerca de 133 mil pessoas dependem de diálise, taxa que cresceu 100% nos últimos dez anos. Anualmente, mais de 20 mil pacientes entram em hemodiálise por ano, com uma taxa de mortalidade em 15%. Com o estudo proposto buscou-se discutir como as desigualdades que permeiam a sociedade influenciam na acessibilidade e experiência de cada paciente com doença renal crônica sob tratamento de hemodiálise. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, transversal tendo como referencial teórico a teoria das Representações Sociais e metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo. Pretende-se que os resultados permitam ampliar a compreensão dos impactos da realidade e de seu atendimento em saúde no contexto da desigualdade social, com vistas a qualificar sua assistência, considerando os princípios da política de saúde vigente.

**Palavras-chave:** hemodiálise; desigualdade social; determinantes de saúde.

## ABSTRACT

According to the Brazilian Society of Nephrology, around 133,000 people depend on dialysis, a rate that has grown 100% in the last ten years. Annually, more than 20,000 patients undergo hemodialysis per year, with a mortality rate of 15%. With the proposed study, we sought to discuss how the inequalities that permeate society influence the accessibility and experience of each patient with chronic kidney disease, undergoing hemodialysis treatment. This is a qualitative, exploratory, cross-sectional study, using the theory of Social Representations as a theoretical framework and the Collective Subject Discourse as a methodological framework. It is intended that the results allow a broader understanding of the impacts of reality and its health care in the context of social inequality, with a view to qualifying its assistance, considering the principles of the current health policy.

**Keywords:** hemodialysis; social inequality; health determinants.

## INTRODUÇÃO

As condições de saúde são essenciais para a compreensão da vida em sociedade no mundo contemporâneo. Compreender saúde, atualmente, envolve considerar seus determinantes e condicionantes presentes nas diversas dimensões da realidade humana, em especial a política, a social, a econômica e a cultural, que impactam na realidade subjetiva do ser humano.

A estrutura social modifica/influencia o modo como atores sociais experimentam o viver, o adoecer e o morrer. As macro e microestruturas sociais moldam os comportamentos de uma sociedade em relação à saúde e de como compreender a própria enfermidade. Portanto, o adoecer não se restringe a um fenômeno puramente biológico, mas também social, cultural e psíquico.

As desigualdades sociais se refletem em desigualdades em saúde, uma vez que a igualdade no uso de serviços de saúde é condição importante para diminuir as desigualdades no adoecer e no morrer.<sup>1</sup> A desigualdade social e sua influência sobre a saúde humana têm sido tema de ampla discussão em estudos de saúde coletiva.

O Brasil demonstra profundas desigualdades sociais que consequentemente ocasionam desigualdades em saúde.<sup>2</sup> Esse fator se reflete no contexto social em que as pessoas vivem, moram, se alimentam, utilizam transporte, grau de instrução, acesso à educação e a outros bens e serviços. Consequentemente, pessoas em realidades diferentes estão expostas a fatores de risco igualmente diferentes e ao processo de adoecer.

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Leni Boghossian Lanza

PUC-SP/FCMS - Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil.

E-mail: lenilanza@uol.com.br

Recebido em 20/07/2023 – Aceito para publicação em 18/10/2023.



O contexto nos apresenta o que chamamos de desigualdade social toda e qualquer diferença que possa ser observável, como condição econômica, sexo, escolaridade, etc. Não deve ser confundido com a concepção de “iniquidade”, que tem como pressuposto um juízo de valor, no qual as desigualdades são consideradas injustas.<sup>3</sup> Nesse enfoque, é fundamental a busca por evidências de desigualdades entre os grupos populacionais para que assim sejam utilizadas como embasamento para a construção de políticas públicas.<sup>4</sup>

Pacientes submetidos a tratamentos periódicos e com doenças crônicas podem ser considerados exemplos de como o adoecer torna-se uma realidade modificada pelas limitações físicas, pessoais, sociais, financeiras e de autoimagem.<sup>2</sup> As necessidades individuais de saúde, considerando essa concepção de forma ampla e integradora das diversas dimensões, embora pareçam ser semelhantes, a percepção e as condições objetivas da realidade podem ser diferentes.

## OBJETIVO

Discutir a desigualdade social a partir da percepção do paciente com doença renal crônica dependente da hemodiálise e suas necessidades de saúde no contexto social atual.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Qualitativo, transversal, exploratório.

### Cenário do Estudo

Setor de hemodiálise que atende usuários SUS e de convênios particulares de Sorocaba, SP.

### Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistados 20 pacientes e aplicado formulário socio-demográfico após aprovação ética do estudo (sob o nº 4.830.702). Os participantes são homens e mulheres, maiores de 18 anos, em hemodiálise devido à doença renal crônica (DRC), atendidos pelo sistema público e convênios privados, contemplando uma amostra parcialmente aleatória na busca pela representatividade social possível. Após a abordagem que respeitou todos os protocolos éticos e legais, aplicou-se o formulário e realizou-se a entrevista.

### Coleta de Dados

Foram consideradas as variáveis essenciais no formulário. A entrevista semiestruturada continha as perguntas norteadoras: “*Conte-me sobre como é o seu dia a dia hoje em comparação ao que era antes da hemodiálise*” e “*Fala-me das suas dificuldades para realizar esse tratamento*”.

### Organização e Análise dos Dados

Os dados sociais e demográficos foram considerados pela frequência de suas variáveis. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Após leituras e releituras foram identificadas as ideias centrais dos depoimentos, considerados matéria-prima. Foram organizados discursos-síntese com as expressões-chave originárias de cada ideia central, considerando-se assim o

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como representativo, segundo modelo metodológico de organização desses dados proposto por Lefèvre & Lefèvre.<sup>5</sup> É uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas que identifica vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expressando o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Para análise e interpretação dos dados foi utilizada análise temática.

## RESULTADOS

### Dados do perfil social e demográfico

Dos 15 pacientes entrevistados, 60% eram do sexo feminino e 40% representavam o público masculino. A maioria desses (60%) tem ensino médio completo e apenas 6,6% com ensino superior completo. Quanto aos comportamentos e estilo de vida, notou-se que 86,6% dos pacientes não trabalham, em contrapartida aos 13,3% que possuem trabalho informal. Entre esses pacientes, 53,3% vivem com uma renda mensal de um até dois salários mínimos, sendo que o valor pode compreender benefícios recebidos, como aposentadoria, auxílio-doença, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e Pensão por Morte.

Cerca de 93% dos entrevistados disseram ter acesso ao abastecimento de água, coleta de lixo seletiva, luz, acesso à internet, e 80% possuíam casa própria.

Quanto à possibilidade de locomoção do paciente identificou-se que 53,3% utilizam o automóvel como meio de transporte e 46,6% o ônibus. Apesar dessa proximidade porcentual, a grande maioria relatou utilizar o transporte da prefeitura que responde pelos pacientes que se cadastram para ter o benefício sem qualquer tipo de custo.

Quanto à manutenção da saúde constatou-se que 66,6% não possuíam convênio, sendo pacientes que dependem integralmente do Sistema Único de Saúde. Em contrapartida, mais de 60% relataram a necessidade de comprar medicações de uso contínuo, não disponibilizadas pelo SUS.

Cerca de 73,3% disseram que o tratamento foi muito acessível, com uma rápida movimentação entre equipes para disponibilizar as vagas. Desses, todos consideraram o atendimento da equipe muito bom, pois lhes proporcionava confiança nos serviços prestados.

Dos entrevistados, 66,6% responderam morar na mesma região em que realizam o tratamento e 33,3% não residem na mesma localidade. Porém, como já mencionado, a prefeitura de Sorocaba disponibiliza a condução aos que necessitam.

### Dimensão qualitativa dos resultados

Analisando as ideias centrais expressas nos discursos referentes à pergunta “*Conte-me como é o seu dia a dia hoje em comparação ao que era antes da hemodiálise*”, emergiram as categorias temáticas: Autonomia (26,6%), Alimentação (26,6%), Estado geral (26,6%), Família (13,3%), Trabalho (39,9%).

Em relação às ideias centrais extraídas das respostas da segunda pergunta “*Fala-me das suas dificuldades para realizar esse tratamento*”, as categorias temáticas emergidas foram:



Locomoção (26,6%), Aceitação (26,6%), Restrição hídrica (6,6%), Tempo (13,2%), Rejeição (6,6%), Liberdade (6,6%), Trabalho (6,6%).

## DISCUSSÃO

Reconhecemos a dependência entre as iniquidades em saúde e as sociais, em que uma só pode ser combatida concomitantemente à outra.<sup>6</sup> O surgimento de uma nova realidade da vida impõe diversas limitações decorrentes da condição e do tratamento, modificando toda a sua estrutura social. A mulher que possui um papel social de muitas responsabilidades familiares tende a sentir dificuldades para dar continuidade ao tratamento. Assim, ela experiencia diferentes comportamentos e sentimentos relacionados à capacidade física, autoestima, imagem corporal, obrigações com a casa e filhos.<sup>7</sup> O DSC a seguir revela esse aspecto:

DSC 05, extraído da ideia central – Família:

*“Cuido do meu lar... meu filho ainda tem muita dificuldade em se adaptar com a minha nova rotina, porque eu preciso deixar ele com alguém.”*

Essas mulheres, por diversas vezes, se tornam desamparadas e desanimadas pela falta de orientação, podendo negligenciar os cuidados que deveriam realizar em razão das suas obrigações familiares. Geralmente a doença pode reduzir de maneira significativa o funcionamento físico, profissional e a percepção de vida dessas mulheres. A DRC gera um impacto negativo sobre os níveis que determinam a vitalidade e energia, resultando em uma fragmentação da estrutura social, pois o processo de adoecer é desafiador, contribuindo para problemas de saúde mental e aumento nos gastos (pessoas para cuidar dos filhos, limpar a casa, entre outros).<sup>7,8</sup>

Quanto aos comportamentos e estilo de vida, nota-se que 86,6% dos pacientes não trabalham, em contrapartida aos 13,3% que possuem trabalho informal. Entre esses pacientes, 53,3% vivem com uma renda mensal de um até dois salários mínimos, cujo valor pode compreender benefícios recebidos, como aposentadoria, Auxílio-doença, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e Pensão por Morte.

Devido à rotina do tratamento, dependem integralmente de algum tipo de auxílio governamental para substituir a renda que anteriormente advinha do trabalho. Estudos revelam que as condições de emprego e trabalho possuem um grande efeito sobre a igualdade em saúde, podendo ser responsável pela estabilidade financeira, status social, desenvolvimento pessoal, autoestima, relações sociais, entre outros.<sup>6</sup> O DSC a seguir denota essa condição:

DSC 02 extraído do tema – Trabalho:

*“Não tenho trabalho, porque não dá tempo, então parei de trabalhar em casa de família... não faço mais nada, fico só em casa, tomando remédio, descansando e hoje recebo o auxílio-doença do INSS.”*

A relação com o trabalho se modifica e a forma como o sujeito se determina enquanto indivíduo também. Assim, é importante entender que o trabalho influencia a construção de

uma identidade individual, como também, realiza a inserção social dele. Se ocorre uma ruptura nesse processo, como no caso dos doentes renais crônicos, há então uma fragilidade na identidade nos níveis individual e social.<sup>9</sup>

Complementando as formas de viver, 93,3% dos entrevistados diziam ter acesso ao abastecimento de água, coleta de lixo seletiva, luz, acesso à internet e 80% possuíam casa própria. É essencial considerar que o ambiente em que os pacientes vivem também tem um papel fundamental na sua saúde e na possibilidade de desfrutar de uma vida melhor. Uma habitação de qualidade, com água limpa e condições sanitárias são necessidades básicas que constituem uma vida saudável.<sup>6</sup>

Quanto à possibilidade de locomoção do paciente, identificou-se que 53,3% utilizam o automóvel como meio de transporte e 46,6% o ônibus. Apesar dessa proximidade porcentual, a maioria relatou utilizar o transporte da prefeitura que responde pelos pacientes que se cadastram para ter o benefício sem qualquer tipo de custo.

Assim, as condições sociais e econômicas modificam o manejo da saúde do próprio indivíduo. Os aspectos como a baixa/pouca escolaridade, que acarreta trabalhos com má remuneração e pouca qualidade de vida, se traduzem em iniquidades que ditam as formas de viver e morrer.<sup>10</sup> Assim também a experiência quanto à própria doença, uma vez que as patologias podem se repetir nos indivíduos, mas sendo vividas de formas distintas.

Dos relatos, 73,3% disseram que o tratamento foi muito acessível, com uma rápida movimentação entre equipes para disponibilizar as vagas. Desses, todos consideraram o atendimento da equipe muito bom, pois lhes proporcionava confiança nos serviços prestados.

Dos entrevistados, 66,6% responderam morar na mesma região em que realizam o tratamento e 33,3% não residem na mesma localidade. Porém, a prefeitura de Sorocaba disponibiliza a condução aos que necessitam.

Diante desses resultados, salientamos a importância de se reduzir possíveis iniquidades que necessitam de intervenções coordenadas e coerentes na instituição estrutural da sociedade. Uma boa saúde contribui para a melhora de outras dimensões, como o bem-estar, a educação, a coesão social e a preservação do meio ambiente, podendo resultar positivamente no desenvolvimento econômico. Assim, temos um sistema de retroalimentação em que a saúde e seus determinantes geram um círculo virtuoso.<sup>6</sup>

Outro fator identificável é a falta de informação acerca do que é a doença renal e suas consequências, sendo esclarecida apenas no ato do diagnóstico e com a nova realidade que se apresenta, de forma que a informação em saúde se faz muito necessária para o desenvolvimento de uma coletividade mais consciente e saudável. Porém, só pode se considerar informação algo que é compreendido pelo sujeito, havendo um consenso em relação ao seu significado. Assim, essa informação, que pode ser mediada por um profissional de saúde, tem por necessidade uma adequação, uma vez que cada indivíduo se constitui único, considerando seus valores, cognição, espaço social, entre outros.<sup>11</sup>



## CONCLUSÃO

Com este estudo buscou-se discutir a desigualdade social a partir da percepção do paciente renal crônico, relacionando os discursos com os determinantes do processo saúde-doença e a literatura já produzida até o momento.

Por meio de análise sociodemográfica foi possível caracterizar os indivíduos que realizam o tratamento em uma unidade de hemodiálise na cidade de Sorocaba, e a partir de seus discursos, refletir sobre a existência de uma desigualdade subjetiva, que se relaciona de diversas maneiras com o viver e morrer de cada paciente.

Tem-se a clareza de que um dos fatores limitantes do estudo contou com participantes de apenas um cenário, tendo sido realizado em um período da pandemia, exigindo cuidados e menos tempo para o contato. No entanto, entende-se que esse recorte da realidade apresenta questões importantes que podem representar obstáculos aos portadores de doença renal crônica sob tratamento com hemodiálise.

Por fim, vale ressaltar a importância de novas pesquisas que busquem discutir aspectos subjetivos evidenciados neste estudo, como o impacto da hemodiálise na identidade do sujeito e suas consequências.

Ademais, o papel da enfermagem se apresenta cada vez mais necessário para o desenvolvimento de ações em saúde, políticas públicas e intervenções que de fato trabalham com os pacientes, os assistindo de forma integral e ampla, atendendo não apenas os aspectos biológicos, mas os sociais e culturais. E o enfermeiro, com a sua formação holística, pode desempenhar cada vez mais esse papel, estabelecendo um cuidado baseado na integralidade, em diversos níveis de assistência à saúde.

## Agência de Fomento

Agradecimentos ao PIBIC- Sem Fomento, órgão financiador que possibilitou a realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Méd Bras.* 2010;56(2):248–53. doi: 10.1590/S0104-42302010000200028.
2. Ferreira MAF, Latorre MRDO. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17:2523–31. doi: 10.1590/S1413-81232012000900032.
3. Rudnicki T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos.* 2014;7(1):105-16. doi: 10.4013/ctc.2014.71.10.
4. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde.* 2018;27(1):e000100017. doi: 10.5123/S1679-49742018000100017.
5. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito coletivo que fala. *Interface Comun Saúde Educ.* 2006;10:517–24. doi: 10.1590/S1414-32832006000200017.
6. 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.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. v. 2, p. 19-38.
7. Caveião C, Visentin A, Hey AP, Sales WB, Ferreira ML, Passos RL. Qualidade de vida em mulheres com doença renal crônica submetida à hemodiálise. *Cad Esc Saúde [Internet].* 2017 [acesso em 13 ago. 2022];11:20-33. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2399/1969>.
8. Oliveira VA, Schwartz E, Soares MC, Santos BP, Garcia RP, Lise F. Relações familiares de mulheres em hemodiálise. *RAS Rev Atenção Saúde.* 2016;14(47):36-42. doi: 10.13037/ras.vol14n47.3283.
9. Drumond VAT. O princípio da integração do trabalhador na empresa no sistema jurídico-constitucional brasileiro [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade Mineira de Direito; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde.* Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
11. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014;18:661–72. doi: 10.1590/1807-57622013.0653.

Como citar este artigo:

Costa JA, Lanza LB. O paciente renal crônico no contexto da saúde e desigualdade social. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2022;24(1/4):188-191. doi: 10.23925/1984-4840.2022v24i1/4a11



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.