



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA ANITA LEONCIO PINTO

**DETERMINANTES SOCIAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA:
o manejo da insuficiência renal na rede de atenção à saúde nos tempos do
neoliberalismo.**

**RECIFE
2025**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**DETERMINANTES SOCIAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA:
o manejo da insuficiência renal na rede de atenção à saúde nos tempos do
neoliberalismo.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
como requisito final para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Prof. orientador: Dr. Marco Antonio Mondaini de
Souza.

RECIFE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Pinto, Maria Anita Leoncio.

Determinantes Sociais Relacionados à Doença Renal Crônica: o manejo da insuficiência renal na rede de atenção à saúde nos tempos do neoliberalismo. / Maria Anita Leoncio Pinto. - Recife, 2025.

63p. : il., tab.

Orientador(a): Marco Antonio Mondaini de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

Inclui referências.

1. Doença Renal Crônica. 2. Política Pública de Saúde. 3. Neoliberalismo. 4. Promoção em Saúde. I. Souza, Marco Antonio Mondaini de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

MARIA ANITA LEONCIO PINTO

**DETERMINANTES SOCIAIS RELACIONADOS À DOENÇA RENAL CRÔNICA:
o manejo da insuficiência renal na rede de atenção à saúde nos tempos do
neoliberalismo.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado
à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
como requisito final para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Prof. orientador: Dr. Marco Antonio Mondaini de
Souza.

Aprovado em : 20/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Antonio Mondaini de Souza (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Juliane Feix Peruzzo (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus e Nossa Senhora da Conceição por todas as vitórias e aprendizagem que tive ao longo desses anos.

Ademais, quero agradecer a minha mãe Maria Lúcia por todo o apoio que ela me deu durante todos esses anos. Obrigada por fazer de tudo para que eu e a minha irmã pudéssemos ter uma boa educação e oportunidades de construirmos o nosso caminho acadêmico e o nosso futuro, isso eu nunca vou esquecer e vou fazer de tudo para que a senhora tenha uma vida boa e tranquila.

Agradeço pelas minhas irmãs Priscila Karla e Mariana Karla por nossa irmandade e amizade.

Agradeço a todos os colegas e amigos que fiz na Universidade Federal de Pernambuco, especialmente a Isabelly, Tarciane, Giovanna e Salome.

Também gostaria de agradecer a Ilka Perusso e Isadora Vitoriano, minhas supervisoras de estágio, por todo o apoio, amizade, carinho, aprendizagem e ajuda durante o processo de estágio obrigatório. Além disso, agradeço as demais assistentes sociais do HC-UFPE por todo o carinho e apoio.

Agradeço ao professor Marco Mondaini por aceitar o desafio de orientar um TCC bem diferente de sua área de estudo.

Por fim, gostaria de agradecer ao transporte público, foi muito estresse e muitas surpresas ao longo desses anos, mas tudo deu certo.

“Numa folha qualquer
Eu desenho um sol amarelo
E com cinco ou seis retas
É fácil fazer um castelo

Com o lápis em torno da mão
E me dou uma luva
E se faço chover
Com dois riscos tenho um guarda-chuva

Se um pinguinho de tinta
Cai num pedacinho azul do papel
Num instante imagino
Uma linda gaivota a voar no céu

Vai voando
Contornando a imensa curva, norte, sul
Vou com ela viajando
Havá, Pequim ou Istambul
Pinto um barco à vela branco, navegando
É tanto céu e mar num beijo azul

Entre as nuvens vem surgindo
Um lindo avião rosa e grená
Tudo em volta colorindo
Com suas luzes a piscar

Basta imaginar e ele está partindo
Serenando
E se a gente quiser
Ele vai pousar

Numa folha qualquer
Eu desenho um navio de partida
Com alguns bons amigos
Bebendo de bem com a vida

De uma América a outra
Eu consigo passar num segundo
Giro um simples compasso
E num círculo eu faço o mundo

Um menino caminha
E caminhando chega num muro
E ali logo em frente
A esperar pela gente o futuro está

E o futuro é uma astronave
Que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade
Nem tem hora de chegar
Sem pedir licença, muda a nossa vida
E depois convida a rir ou chorar

Nessa estrada não nos cabe
Conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe
Bem ao certo onde vai dar

Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela
Que um dia enfim descolorirá

Numa folha qualquer
Eu desenho um sol amarelo (que descolorirá)
E com cinco ou seis retas
É fácil fazer um castelo (que descolorirá)
Giro um simples compasso
E num círculo eu faço o mundo (que descolorirá)”

**Composição: Vinícius de Moraes / Toquinho / Guido
Morra / Fabrizio De André**

RESUMO

A política pública de saúde no Brasil é resultado de um movimento que buscou desenvolver a universalidade e integralidade no acesso à saúde da população do país. Por meio disso, a Rede de Atenção à Saúde se destaca como uma importante ferramenta no desenvolvimento dos processos de promoção, prevenção de agravos, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde por meio dos níveis básico e especializado relacionados à Lei Orgânica da Saúde e a Constituição Federal de 1988. Nos últimos anos, a Doença Renal Crônica apresenta um aumento no número de casos referentes a internação e necessidade de tratamento dialítico emergencial, destacando a prevalência do público do sexo masculino, com ensino fundamental incompleto, identificação da raça/cor branca e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Ao analisar a ocorrência dos aumentos de casos tardios da Doença Renal Crônica e necessidade do tratamento de diálise, os portadores da doença tendem a enfrentar diariamente barreiras e dificuldades na continuação do tratamento, seja de forma clínica, social, emocional, econômica e política, com diminuição das práticas de intervenção do setor público e o aumento da interferência das ideias neoliberais na política de saúde brasileira.

Palavras-chaves: Doença Renal Crônica, política pública de saúde, neoliberalismo, promoção em saúde.

ABSTRACT

Public health policy in Brazil is the result of a movement that sought to develop universality and comprehensiveness in access to healthcare for the country's population. Through this, the Health Care Network stands out as an important tool in the development of processes for promotion, prevention of harm, protection, diagnosis, treatment, rehabilitation, damage reduction, and the maintenance of health through both primary and specialized levels, as related to the Organic Health Law and the Federal Constitution of 1988. In recent years, Chronic Kidney Disease has shown an increase in the number of cases related to hospitalization and the need for emergency dialysis treatment, highlighting the prevalence among the male population, those with incomplete elementary education, those identifying as white, and those with a family income between one to two minimum wages. When analyzing the rise of late-stage Chronic Kidney Disease cases and the need for dialysis treatment, individuals with the disease tend to face daily barriers and difficulties in continuing treatment, whether clinical, social, emotional, economic or political. This includes a reduction in public sector interventions and an increase in the influence of neoliberal ideas in Brazilian health policy.

keywords: Chronic Kidney Disease, public health policy, neoliberalism, health promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DRC - Doença Renal Crônica

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SBN - Sociedade Brasileira de Nefrologia

SIH - Sistema de Internação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TFG - Taxa de Filtração Glomerular

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VEM – Vale Eletrônico Metropolitano

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: TOTAL DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA RENAL CRÔNICA NO BRASIL - 2010 A 2023 _____ 36

GRÁFICO 2: NÚMERO ESTIMADO DE PACIENTES EM DIÁLISE POR ANO _____ 38

GRÁFICO 3: TAXA DE PREVALÊNCIA ESTIMADA DE PACIENTES EM DIÁLISE POR REGIÃO GEOGRÁFICAS NO BRASIL, POR MILHÃO DA POPULAÇÃO _____ 39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: TAXA DE INTERNAÇÃO POR INSUFICIÊNCIA RENAL SEGUNDO A FAIXA ETARIA E O SEXO NO BRASIL - 2010 A 2023	37
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 01 - A política de saúde no Brasil e os níveis de atenção à saúde.....	18
1.1. Atenção Primária à Saúde.....	20
1.2 Atenção Secundária à Saúde.....	23
1.3. Atenção Terciária à Saúde.....	25
CAPÍTULO 02 - Doença Renal Crônica: uma discussão e análise.....	28
2.1. A Doença Renal Crônica e a política nacional de atenção ao portador de doença renal crônica no Brasil.....	28
2.2. Perfil sociodemográfico da doença renal crônica.....	36
CAPÍTULO 03 - Os determinantes sociais da saúde relacionados à doença renal crônica no Brasil.....	42
3. 1. Doença renal crônica: as suas barreiras e interferências no cotidiano dos portadores renais crônicos.....	42
3.2. O tratamento renal em meio às lacunas da rede de atenção à saúde e a influência do setor privado.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS:.....	56

INTRODUÇÃO

A política de saúde desenvolvida no Brasil é fruto de intensas transformações ao longo da história brasileira (Borlini, 2010, p. 326). Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, com a disponibilidade de serviços regionalizados e hierarquizados, com o intuito de prestar assistência a toda a população do país. Ademais, em 1990, a elaboração das leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90 (que estabelece a participação da comunidade na gestão e a transferência de recursos orçamentários) consolidou a política de saúde, apresentando um destaque para a democratização do acesso, universalização, integralidade e prestação de serviços no âmbito da assistência à saúde. Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde brasileira saiu de uma assistência curativa, hospitalocêntrica, medicalocêntrica e privativa, muito presente na época da ditadura militar, para uma atuação que busca a prevenção, promoção em saúde, a participação e controle social, apresentados pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Apesar de todos esses avanços das políticas sociais, e em particular no âmbito da saúde, é importante destacar que desde o início do processo de consolidação da nova Constituição Federal em 1988, com a redemocratização do Brasil e afirmação dos direitos sociais, o projeto neoliberal tende a apresentar influência na sociedade. A partir das décadas de 1980 e 1990, a concepção de um Estado interventor e redutor das desigualdades sociais foi posto em risco (Boschetti, 2008 *apud* Borlini, 2010, p. 322) pela perspectiva de mercantilização e de intervenção do privado no setor público. A nova abordagem liberal apresenta a figura do Estado como uma instituição ineficaz e deficitária para o desenvolvimento econômico do país. Para os defensores do neoliberalismo, o Estado deve ter apenas a função de fornecer as bases legais para a execução do livre mercado, destacando a ideia de um estado mínimo no que se refere aos direitos sociais (Behring e Boschetti, 2008, p.59).

A disputa entre o projeto neoliberalista e o democrático-participativo ganhou força ao longo dos governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992), com o corte no orçamento da saúde e limitação da participação social, e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com o processo de privatização das empresas estatais, busca pelo pagamento da dívida externa e a redução nos gastos ligados a área social e das ideias de seletividade, focalização e descentralização para o campo das políticas sociais (Behring; Boschetti, 2008 *apud* Borlini, 2010, p. 323), abandonando a ideia de equidade e eficiência, substituindo por programas

focalizados de combate à pobreza sobre os mais pobres e vulneráveis economicamente. Com isso, observamos que a atuação neoliberal sobre as políticas sociais tem provocado um sucateamento em áreas como a educação, saúde e previdência, em favor de um projeto privatista.

Outro momento em que podemos destacar a forte presença das ideias e características conservadoras e neoliberais é a partir do ano de 2016, com o golpe institucional e os governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro (Soares, 2020, p. 17). O processo de contrarreforma do Estado brasileiro na área da saúde possui algumas particularidades, o que apresenta pontos contraditórios e conflituosos no cotidiano do SUS, destacando a afirmação e negação do direito à saúde (Soares, 2020, p. 18). As mudanças ocorreram na parte interna do sistema de saúde, sendo apresentadas como aperfeiçoamento e aprofundamento da estrutura, indo de acordo com os fundamentos da reforma sanitária (Soares 2020, p. 19), destacando uma parceria do público e privado, na busca por materializar o direito público através da lógica e da organização privada. Pois, como destacado por Mandel (1985) apud Soares (2020, p. 20), os interesses do grande capital na busca por reduzir a atuação do Estado nas políticas e serviços sociais estão relacionados com a mercantilização e a lucratividade, muito presente na racionalidade do setor liberal. Com essa ideia, podemos destacar que a saúde se tornou um campo com grande investimento tecnológico e maiores possibilidades de crescimento para o mercado privado, como seguros e planos de saúde, indústria de medicamentos, redes hospitalares entre outros serviços ligados à assistência à saúde (Soares, 2020, p. 20).

Considerando o debate acerca da influência do neoliberalismo na política pública de saúde, este trabalho busca trazer um destaque para o tratamento da doença renal crônica (DRC) na sociedade brasileira, levando em consideração a experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social no setor de Nefrologia de um hospital de média e alta complexidade do SUS na cidade do Recife, realizado entre os meses de julho de 2024 a abril de 2025.

A doença renal está ligada à perda gradual e irreversível da função do(s) rim(s), e os principais fatores de risco para o desenvolvimento da insuficiência renal são a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica (Guimarães, et al., 2022), além de ser considerado como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

No Brasil, o tratamento da doença pode ser realizado nos diferentes serviços e níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e em setores privados de saúde. As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica no SUS (Brasil, 2014) busca sistematizar o

cuidado pautado na integralidade entre as redes de atenção à saúde, destacando o importância do diagnóstico precoce, através da atenção primária à saúde, por meio do monitoramento e avaliação da população assistida, passa pela rede de atenção especializada, mediante consultas com o nefrologista, e segue até o alto nível de atenção à saúde, com o tratamento de Terapia Renal Substitutiva ou a realização do transplante renal.

Com o intuito de trazer uma discussão acerca das temáticas citadas anteriormente, o trabalho buscará por meio de natureza documental e bibliográfica debater o tratamento da doença renal crônica nos diferentes níveis de atenção à saúde, na busca por desenvolver uma problemática referente ao aumento no número de casos e internações relacionados a urgência em Terapia Renal Substitutiva e como as lacunas na linha de cuidado dos portadores de doença renal crônica na política de saúde tendem a influenciar no cotidiano dos pacientes, familiares e profissionais. Ademais, a pesquisa apresenta uma metodologia que contará com uma perspectiva teórica metodologia apoiada na teoria de Karl Marx, referente ao materialismo histórico dialético, com o intuito de debater sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma estrutura de sociedade relacionada à lei geral da acumulação capitalista. O referencial teórico metodológico contará com obras e autores que discutem as expressões da questão social e os desmontes das políticas sociais no âmbito do neoliberalismo, como Marilda Vilela Iamamoto, em “Questão Social no Capitalismo”, que discute as relações sociais capitalistas, destacando que as expressões da questão social são indissociáveis ao processo de acumulação capitalista. Além do texto de Maria Carmelita Yazbek, “Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil”, que destaca o Brasil como um dos países campeões de concentração de renda e riqueza, abordando a proposta neoliberal de redução do papel do Estado nos mecanismo institucionalizados de proteção social. Também o livro de Raquel Cavalcante Soares, “Contrarreforma no SUS e o Serviço Social”, publicado em 2020, o qual busca destacar as contrarreformas ocorridas no SUS nos últimos anos, abordando a fragmentação e a expansão restritiva dos serviços de saúde ocasionado pela mercantilização da saúde pública, além de trabalhos de graduação e pós-graduação, documentos e bibliografias com fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Vale destacar que a monografia será dividida em três partes. A primeira parte discutirá a política de saúde, trazendo a divisão e o debate sobre os níveis de assistência em atenção básica, média e alta complexidade, através da análise documental e bibliográfica da política.

A segunda parte será destinada à abordagem da insuficiência renal, discutindo o que consiste a doença, com a busca por destacar uma abordagem clínica, as suas diretrizes de

cuidado, acolhimento e tratamento dos pacientes em cada nível de atenção à saúde do SUS, o que contará com o auxílio de legislações e portarias referentes ao tratamento. Além de discutir acerca dos aspectos clínicos da doença, também será destacado o perfil sociodemográfico dos indivíduos com doença renal, o que será analisado através de documentos fornecidos pelos órgãos federais e da saúde, como boletins epidemiológicos, dados e estatísticas gerados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e por fontes bibliográficas relacionadas aos trabalhos de conclusão de curso e dissertações de pós-graduação elaborados em anos anteriores.

Na terceira parte, será destacada uma discussão referente às barreiras e dificuldades encontradas pelos pacientes e familiares ao longo do processo de diagnóstico e tratamento da doença, na busca por apresentar relatos encontrados em monografias, dissertações de pós-graduação e em matérias jornalísticas, com o intuito de debater esses acontecimentos junto as observações realizadas durante a experiência de estágio em Serviço Social no setor de Nefrologia de um hospital de média e alta complexidade da cidade do Recife, além de desenvolver um pequeno diálogo voltado a influência do setor privado na política pública de saúde. Esse capítulo contará com o auxílio do diário de campo de estágio elaborado pela estagiária de Serviço Social durante a realização do estágio obrigatório, o qual tentará debater as possíveis falhas na política de prevenção da doença o qual resultou na realização da hemodiálise e no enfrentamento dos desafios econômicos e sociais dos indivíduos em terapia renal substitutiva.

Por fim, é importante reforçar que esta monografia busca discutir o diagnóstico e tratamento da doença renal nos diferentes níveis de assistência à saúde em um momento o qual a influência neoliberal tende a agravar as expressões da questão social e produzir barreiras no acesso a direitos sociais da sociedade brasileira.

CAPÍTULO 01 - A política de saúde no Brasil e os níveis de atenção à saúde.

As políticas públicas estão ligadas a respostas oferecidas pelo Estado diante das necessidades vividas e manifestadas pela sociedade (Acurcio, [s. d.]). Diante dessa abordagem, pode-se mencionar o desenvolvimento da política pública de saúde no Brasil. A saúde pública conhecida no país desde a década de 1990 foi resultado de um processo de ampla mobilização da sociedade brasileira na busca pelo processo de redemocratização no Brasil, conhecido como Movimento de Reforma Sanitária (Oliveira et al., 2016, p. 205). A mobilização da sociedade, através do movimento, expressou os pensamentos de indignação frente a agressiva desigualdade e mercantilização da saúde (Arouca, 2003, apud Oliveira et al., 2016, p. 205), o que resultou em uma ação política associada a um projeto civilizatório da sociedade que busca a saúde como direito universal de cidadania (Oliveira et al., 2016, p. 205).

A saúde ao longo da história brasileira sofreu mudanças até chegar ao Sistema Único de Saúde (SUS) que conhecemos nos dias atuais. No Brasil Colônia, a saúde estava ligada a um acesso a tratamento e cuidados médicos para as classes privilegiadas, ligadas à coroa portuguesa, e os escravos e a população pobre precisavam recorrer às crenças populares dos curandeiros (Pacheco, [s. d.]). Durante o período do Império, um dos principais focos estava ligado às ações preventivas das doenças infecciosas e a expansão das Santas Casas de Misericórdia (Pacheco, [s. d.]). No período da República, a Diretoria Geral de Saúde Pública, através de Oswaldo Cruz, adotou campanhas sanitárias que buscavam combater as epidemias urbanas, como a varíola e a febre amarela (Acurcio, [s. d.]). Na conhecida Era Vargas, a saúde pública foi institucionalizada no Ministério da Educação e Saúde Pública, na década de 1930, e posteriormente, no ano de 1953, ocorreu a criação do Ministério da Saúde. A saúde no período da Ditadura Militar se destacou pelo modelo médico assistencial privatista e hospitalocêntrico voltado para a atenção individual e pela diminuição na verba do Ministério da Saúde (Pacheco, [s. d.]).

Com o fim da Ditadura Militar e o processo de redemocratização do país, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira com participação da população brasileira, realizada no ano de 1986, significou um marco na formulação das propostas no setor de saúde, consolidada no Movimento de Reforma Sanitária (Cunha e Cunha, 1998 apud Acurcio, [s. d.]). Através do documento final e dos registros desenvolvidos na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu a sistematização da construção de um modelo inovador para a área, definindo, assim, a saúde como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (Cunha e Cunha, 1998 apud Acurcio, [s. d.]).

No ano de 1988 mais um avanço na saúde brasileira foi apresentado, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, ocorreu a inclusão de uma seção para a saúde no documento constitucional, trazendo a incorporação dos conceitos e das propostas apresentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária e pela VIII Conferência Nacional de Saúde (Rodriguez Neto, 1994 apud Acurcio, [s. d.]), apresentando a saúde como direito de todos e dever do Estado através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além da seção da saúde na Constituição Federal de 1988, outro marco importante para a política de saúde brasileira é a Lei Federal nº. 8080, de 09 setembro de 1990, que busca a regulação do Sistema Único de Saúde, prevendo a universalização e a integralidade da assistência à saúde em seus artigos legislativos. Com esses dois documentos federais pode-se entender que, após o longo período de negação de direitos e a saúde visada no lucro, o Brasil escolheu por um sistema de saúde público e universal, sem a limitação no acesso aos serviços (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

Sobre a Lei Federal nº. 8080/90 é importante mencionar que ela foi instituída para regulamentar a saúde no Brasil, sendo conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, na busca por dispor sobre as condições para os processos de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, apresentando princípios do SUS, atribuições para cada esfera de governo, financiamento do sistema, participação da comunidade entre vários outros pontos necessários para a funcionalidade do sistema no país.

Segundo a Constituição Federal de 1988, o desenvolvimento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo (União, estados e municípios), em suas devidas áreas de abrangência (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007, p. 24), além da Constituição de 1988, a Lei Federal nº. 8080/90 traz as atribuições dos gestores de cada esfera de governo. Essas responsabilidades estão ligadas à diretriz da descentralização em saúde.

A Constituição Federal define que o SUS se constitui num sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada e com a diretriz de descentralização, com direção única em cada esfera de governo [...]. Mas não define o tipo de descentralização que o SUS deverá adotar, nem como se constituirá efetivamente a rede hierarquizada e regionalizada. A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, apresenta, no Artigo 15, as atribuições comuns dos três gestores e, nos Artigos 16, 17 e 18, as atribuições específicas de cada esfera, tratando de diversos assuntos, porém abordando poucos pontos sobre as competências assistenciais em saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007, p. 25).

Além do mais, é importante destacar que o Sistema Único de Saúde busca superar a fragmentação da assistência e gestão em saúde. O modelo de atenção à saúde adotado no país

procura um atendimento integral ao usuário, desenvolvendo uma horizontalidade (ideia de que os diferentes serviços e unidade de saúde devem se articular de forma colaborativa, priorizando a comunicação e compartilhamento de informações e responsabilidades) nas relações dos pontos de atenção à saúde na busca pelas medidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde (Erdmann et al., 2013).

No sistema de saúde brasileiro há a presença das Redes de Atenção à Saúde que são organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, com a organização em diversos níveis de complexidade, que vai da Atenção Primária à Saúde até a atenção médica especializada, com a Média e Alta complexidade, no destaque de que cada ponto de atenção possui o seu papel e organização na oferta de cuidados para a população.

Importante destacar que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estão relacionadas aos trajetos percorridos pela população para o acesso aos serviços de saúde, tendo como objetivo coordenar o cuidado dos usuários nos diferentes pontos dos serviços, na busca por garantir o cuidado necessário para as condições de saúde em cada nível de atenção (Ministério da Saúde, [s. d.]). Nos próximos tópicos deste capítulo serão apresentados cada nível de atenção, dando início com a Atenção Primária à Saúde, seguido pela Atenção Secundária e finalizado na Atenção Terciária.

1.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como uma estratégia que busca organizar e responder a atenção à saúde de uma forma regionalizada, contínua e sistematizada às necessidades prioritárias de saúde de uma população, de um indivíduo e de uma comunidade (Matta e Morosini, 2009, p. 23). Segundo Barbara Starfield (s. d.) apud Ministério da Saúde (2022), médica pediatra e mestre em saúde pública, a Atenção Primária à Saúde se caracteriza como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, destacando a longitudinalidade e integralidade nas ações em saúde, além de abranger as áreas de promoção, prevenção de agravos, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, a redução de danos e manutenção da saúde (Brasil, 2020).

Segundo uma visão histórica, a APS foi utilizada como uma forma de organizar os sistemas de saúde através do Relatório Dawson, documento desenvolvido pelo governo inglês no ano de 1920. Esse relatório destaca que os centros de saúde primários e os serviços domiciliares devem se organizar de forma regionalizada e ter a maior parte dos problemas de

saúde resolvidos por médicos clínicos gerais, definindo e desenvolvendo as características ligadas a regionalização e a integralidade (Matta e Morosini, 2009, p. 23 - 24).

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária – uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (Ministry of Health, 1920 apud Matta e Morosini, 2009, p. 24).

Outro importante ponto histórico para a Atenção Primária à Saúde foi a declaração de Alma-Ata. Essa declaração foi resultado da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, o qual teve assinatura de 134 países que defendia os cuidados primários como essenciais:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Opas/OMS, 1978, apud Matta e Morosini, 2009, p.25).

Por meio da conferência de Alma-Ata, a APS foi definida como a porta de entrada para o sistema de saúde, sendo a coordenadora na capacidade da garantia da continuidade e da integralidade da atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção, assumindo um papel central e estratégico em uma comunidade (Rodrigues et al., 2014, p. 344).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) incorporou os princípios desenvolvidos na Reforma Sanitária ocorrida nos anos de 1970 e 1980 (Matta e Morosini, 2009, p. 23). Ademais, no ano de 2006 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde nº. 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), um legado para a APS, que estabelece as diretrizes e as normas voltadas para a organização da Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A principal estratégia da Atenção Básica em Saúde no Brasil se configura na importância da Estratégia de Saúde da Família, recebendo incentivos financeiros e ampliando a cobertura da população vinculada a cada bairro e região de saúde, sendo composta por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Matta e Morosini, 2009, p. 27 - 28).

A Portaria nº. 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social(...).

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Com isso, podemos destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve se orientar pelos princípios relacionados a longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade familiar, enfoque comunitário e primeiro contato em saúde (Starfield, 2002 apud Shimazaki, 2009).

A longitudinalidade está ligada à relação de comunicação entre o usuário e o profissional de saúde da unidade, independente da existência de algum problema de saúde, com o intuito da prevenção e manejo clínico adequado dos agravos em saúde apresentados pelo indivíduo. A integralidade da atenção se apresenta como mecanismo que assegure os serviços adaptados às necessidades de saúde da população, agindo como um agente para as necessidades que devem ser atendidas e encaminhadas da unidade básica em saúde para outros pontos e níveis de atenção, com o diagnóstico adequado da situação de saúde e organização das redes de atenção. O princípio voltado à coordenação está ligado à disponibilidade de informações a respeito dos problemas de saúde e os serviços prestados para a população. Essa disponibilidade de informações tende a contribuir com a coordenação da atenção e os atendimentos dos usuários nos diversos níveis de atenção, entre os profissionais da unidade de referência e os médicos especialistas. A centralidade nas famílias se refere aos conhecimentos e informações acerca das famílias que compõem uma comunidade adscrita e os seus problemas de saúde. No Brasil, a atuação com as famílias acontece, desde o ano de 1994, por meio da Estratégia de Saúde da Família, com equipes multiprofissionais, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais presentes nas unidades básicas. A abordagem familiar está empregada no cadastro das famílias, no mapeamento das doenças crônicas ou agudas com o intuito da intervenção quando necessário e na construção de uma relação entre profissionais, usuários e familiares. Por fim, para finalizar este parágrafo relacionados aos principais princípios da APS, o primeiro contato desenvolvido pela APS se refere a ideia de “porta de entrada” para os

serviços de saúde desenvolvidos pelo SUS, possibilitando a facilidade de acesso e manejo dos problemas de saúde de uma forma preventiva e que não ocorra o adiamento de um diagnóstico precoce (Shimazaki, 2009).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é composta pelos diversos serviços que buscam a promoção e a prevenção da saúde na população de referência.

A Atenção Primária à Saúde oferece uma ampla gama de serviços à população, incluindo:

1. Consultas médicas e de enfermagem;
2. Atendimento odontológico;
3. Vacinação;
4. Acompanhamento pré-natal
5. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
6. Controle de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, etc.);
7. Pequenos procedimentos cirúrgicos;
8. Curativos e outros procedimentos de enfermagem;
9. Dispensação de medicamentos básicos;
10. Visitas domiciliares;
11. Ações de educação em saúde;
12. Ações de vigilância em saúde (Viva o SUS, 2025, online).

Para finalizar este tópico relacionado à Atenção Primária à Saúde (APS), faz-se importante mencionar que este nível de atenção é visto como a porta de entrada da população para os serviços de saúde, seja em relação a uma atenção mais básica ou complexa, com o intuito de desenvolver a integralidade no Sistema Único de Saúde. As unidades de saúde estão presentes em cada bairro dos municípios do país, no intuito de enfatizar a sua proximidade com as famílias, indivíduos e população de onde se localizam. A atenção primária, por ser uma porta de entrada para os serviços de saúde e por estar mais próximo dos indivíduos, tem o intuito de atender grande parte da população, porém é necessário mencionar que na ocorrência de casos que ultrapassem a tecnologia presente nesta atenção ocorrerá o encaminhamento do paciente para os serviços especializados através do princípio da integralidade.

1.2 Atenção Secundária à Saúde

A Atenção Secundária à Saúde, também conhecida como média complexidade, é composta por serviços especializados a nível ambulatorial e hospitalar, apresentando uma densidade tecnológica intermediária, sendo, assim, um nível de atenção à saúde que está localizado entre a atenção primária e a terciária, também conhecida como alta complexidade. Pode-se destacar que a atenção secundária tende a desempenhar um papel essencial na resolubilidade e na integralidade do cuidado com a população, ampliando o acesso a consultas

e procedimentos realizados, fazendo com que os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que são vistos como alheios, se articulem no cuidado da saúde da população (Erdmann et al. 2013).

Segundo a definição em relação a atenção de média complexidade em saúde mencionada pelo Ministério da Saúde apud Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007):

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Segundo o Ministério da Saúde (2022), a média complexidade apresenta atendimentos de medicina especializada em áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades em saúde (Brasil, 2022), além de serviços de odontologia, apoio diagnóstico e terapêuticos, atendimentos de urgência e emergência, como os serviços encontrados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendimentos em saúde mental e alguns tipos de exames laboratoriais e de imagens, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética para o acompanhamento de condições médicas, como lesões, tumores e doenças neurológicas (Souza, 2023), além da realização de algumas cirurgias, como cirurgia de catarata e de varizes. (Erdmann et al. 2013).

Segundo a Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, do estado de São Paulo, é importante mencionar que alguns casos que chegam no nível secundário são encaminhados pelo nível primário de saúde, principalmente nos que estão relacionados às consultas com médicos especialistas, como consultas ginecológicas, dermatológicas e oncológicas, por exemplo, para que ocorra os atendimentos satisfatórios por meio dos profissionais e dos equipamentos que compõem a etapa referente à média complexidade. Com essa observação realizada pela Coordenadoria de Recursos Humanos, de São Paulo, pode-se destacar que os cuidados especializados realizados pelo nível secundário de saúde é importante para dar efetividade e desdobramentos às atividades executadas pela Atenção Primária à Saúde (Erdmann et al. 2013).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é um importante exemplo dos serviços encontrados na média complexidade:

As UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem atender grande parte das urgências e emergências. É lá que ocorre o primeiro atendimento de casos cirúrgicos e de trauma, estabilizando os pacientes e fazendo a investigação diagnóstica inicial, como forma de definir a conduta necessária para cada caso e

garantir o encaminhamento dos pacientes que precisam de atendimento mais complexo (Brasil, 2022).

Além das UPAs, o Ministério da Saúde (2022) também citar como exemplos de estabelecimentos relacionados aos serviços de média complexidade as policlínicas, unidades de saúde que ofertam apoio diagnóstico com médicos de diferentes especialidades buscando ter como base de atuação o perfil epidemiológico da população da região onde se encontra localizadas (Brasil, 2022), os hospitais e os centros de atendimentos com equipamentos para a realização de exames mais avançados, como ecocardiograma e endoscopia. Segundo o Ministério da Saúde (2022), nesses estabelecimentos também podem ser atendidos casos ligados a fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto, atendimentos iniciais em caso de derrame, queda com torção, dor intensa, crises convulsivas, vômitos constantes, entre outras ocorrências emergenciais (Brasil, 2022).

Além de atendimentos com profissionais da medicina, na média complexidade também ocorre os encaminhamentos a outras profissões da saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas entre outros profissionais (Viva o SUS, 2025).

Com essa breve introdução e explicação sobre a atenção de média complexidade, podemos entender que ela se encontra em um nível intermediário entre os serviços de saúde básicos, encontrados na atenção primária, e os serviços com maior carga tecnológica, presentes na alta complexidade. Por meio dos encaminhamentos da atenção primária, a população consegue ter acesso a tratamentos especializados com médicos especialistas e outras áreas da saúde, além disso, em casos que ocorra a necessidade de tratamentos com utilidade de alta tecnologia, o paciente será encaminhado para os serviços de alta complexidade. A Atenção Secundária à Saúde, assim como a primária, é fundamental para garantir o princípio da integralidade nos serviços de saúde, sendo uma “ponte” no acesso entre os serviços básicos e os de alta complexidade hospitalares.

1.3. Atenção Terciária à Saúde

A Atenção Terciária à Saúde, também conhecida como alta complexidade, se destaca pelo conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo (Brasil, 2009, p. 32). Segundo o Ministério da Saúde (2022), esse nível de atenção à saúde é composto pelos hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas, centros de referência

para determinados procedimentos ou condições de saúde, institutos especializados em áreas específicas e unidades que estão ligadas ao ensino e pesquisa, além de ser locais onde há a presença de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), grandes e complexos centros cirúrgicos que envolvem procedimentos que demandam tecnologia de ponta e de alto financiamento, como transplantes, partos de alto risco, entre vários outros procedimentos e tratamentos complexos (Brasil, 2022).

No nível de alta complexidade, há a presença de profissionais de saúde especializados que estão preparados para tratar e assumir casos que não foram capazes de serem atendidos na atenção primária ou na média complexidade devido a singularidade e complexidades dos agravos em saúde (Brasil, 2022), o que tende a proporcionar para a população o acesso a serviços qualificados e integrados aos demais níveis da política de saúde (Viva o SUS, 2025).

Segundo o Viva o SUS (2025), a atenção terciária à saúde apresenta características que tende a diferenciá-la dos outros níveis de atenção, como a alta especialização e tecnologia, acesso regulado (o acesso a este nível acontece por meio do sistema de regulação, através da ocorrência de encaminhamentos dos níveis de atenção primária e secundária), concentração regional (esta característica está voltada a concentração dos serviços de alta complexidade em grandes centros urbanos e regionais devido ao alto custo para o sistema de saúde) e a presença de equipes multiprofissionais.

Importante destacar que as principais áreas encontradas no nível de alta complexidade, do Sistema Único de Saúde, estão organizadas em um sistema de rede composta pela:

[...] assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardiácos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (Brasil, 2009, p. 32-33).

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar do SUS apud Ministério da Saúde (2009), o tratamento renal substitutivo (hemodiálise), a quimioterapia e a hemoterapia são considerados alguns dos procedimentos que apresentam maior impacto no financiamento do SUS (Brasil, 2009).

Para concluir a discussão referente à atenção terciária em saúde, pode-se destacar que a integralidade entre os diferentes níveis e serviços de saúde é um dos princípios presentes no SUS, o qual busca proporcionar para a população brasileira o acesso ao direito à saúde, desde uma atenção básica até uma atenção mais complexa e especializada. Nas Redes de Atenção à Saúde, a integralidade tem o seu início na atenção básica, seguindo para atenção secundária e encontrados o seu nível mais alto na atenção terciária à saúde. Como visto no decorrer deste tópico, a alta complexidade se desenvolve por meio de estratégias de elevado custo e tecnologia, o qual tem como uma de suas principais funções a atuação em tratamento ligados a agravos de saúde que estão associados ao risco de vida e desenvolvimento da situação clínica da população, como a Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise), quimioterapia e cirurgia bariátrica.

Por meio dos pontos abordados neste capítulo, podemos concluir que ao longo da história brasileira, a saúde se apresentou de várias formas, práticas e meios de execução. A Constituição Federal de 1988 foi um documento que consolidou os direitos e políticas sociais depois de um período em que a negação de direitos e a repressão eram constantes no cotidiano da população brasileira. Com o desenvolvimento e os avanços do setor da saúde pública, a população conta com uma política de saúde que vai muito além de fatores clínicos ligados a medicina tradicional, mas a determinantes sociais que estão relacionados a moradia, renda, saneamento básico, alimentação entre outros pontos sociais que ultrapassam a vida e o cotidiano dos indivíduos. Por fim, pode-se mencionar que o Sistema Único de Saúde busca desenvolver os princípios presentes em sua política, como universalidade, integralidade e equidade nas suas redes de atenção à saúde com o intuito de assegurar serviços básicos e especializados para as comunidades ao redor do Brasil.

CAPÍTULO 02 - Doença Renal Crônica: uma discussão e análise.

O envelhecimento populacional e o aumento dos fatores de risco tradicionais, como a hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares indicam um cenário preocupante e urgente às necessidades de ações dos governos e do setor saúde (Brasil, 2023. p. 2). Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2024), embora a expectativa de vida tenha aumentado, o número de pessoas que vivem com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) também sofreu um aumento, sendo umas das principais causas de morte e incapacidade no continente americano. De acordo com o que é apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde (2024):

A análise indica que o número total de mortes aumentou em 31% entre 2000 e 2019 nas Américas, um aumento percentual maior do que em qualquer outra região da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em geral, as DCNT foram a principal causa de morte na região, com uma taxa de mortalidade de 412 mortes por 100 mil habitantes em 2019 para homens e mulheres.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), além do envelhecimento da população, há outros fatores que influenciam no adoecimento por Doença Crônica Não Transmissíveis, como o tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (Brasil, 2021).

Diante do que foi citado acima sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, este capítulo buscará desenvolver um foco na Doença Renal Crônica. A seguir, serão apresentados o desenvolvimento clínico do agravo de saúde, a política relacionada à linha de cuidados e uma discussão acerca da população que compõem o grupo composto por portadores de doença renal crônica, destacando o aumento nos casos de internação, o número de paciente em tratamento e o perfil sociodemográfico encontrado nas fontes bibliográficas e documentais, o que servirá de auxílio para a continuidade da discussão da doença ao longo do terceiro capítulo.

2.1. A Doença Renal Crônica e a política nacional de atenção ao portador de doença renal crônica no Brasil.

Para iniciar essa discussão, é importante destacar que, no cenário atual, a Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública no mundo e no Brasil, com a quantidade de indivíduos em tratamento renal aumentando a cada ano (Bastos et al., 2010; Oliveira et al., 2014). Segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein ([s. d.]), a insuficiência renal crônica está relacionada a uma perda gradual das

funções ligadas aos rins, o que pode ter como consequência a paralisação do órgão. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) destaca que:

[...] a prevalência da doença renal crônica no mundo é de 7.2% para indivíduos acima de 30 anos e 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos. No Brasil, a estimativa é que mais de dez milhões de pessoas tenham a doença. Desses, 90 mil estão em diálise (um processo de estímulo artificial da função dos rins, geralmente quando os órgãos têm 10% de funcionamento), número que cresceu mais de 100% nos últimos dez anos (Sociedade Brasileira de Nefrologia apud Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, [s. d.]).

O aumento da ocorrência da insuficiência renal crônica é multifatorial e o número de indivíduos em tratamento tem aumentado no Brasil.

Ao discutir a DRC, faz-se necessário que ocorra uma análise mais clínica sobre a doença. Com isso, segundo o Ministério da Saúde, de acordo com informações divulgadas no site do Governo Federal, e a Sociedade Brasileira de Nefrologia, por meio do “Manual para Pacientes com Doença Renal Crônica estágios 4 e 5”, elaborado pelas medicas nefrologistas Larissa Fabre e Maria Eugênia Fernandes Canziani, em 2023, o rim tem como principal função a remoção de resíduos e controle dos líquidos corporais do sistema humano, sendo fundamental na filtração e remoção de ácidos do sangue e na eliminação de toxinas do organismo, além disso, outras funções renais estão relacionadas à produção de hormônios, controle da pressão arterial, do metabolismo ácido-básico, do equilíbrio hidroeletrólítico, do metabolismo ósseo e da produção de urina, consideradas algumas das funções fundamentais para o funcionamento do corpo humano. Importante destacar que para uma pessoa portadora de doença renal crônica, a capacidade dessas funções mencionadas anteriormente tende a sofrer redução em seu desenvolvimento, principalmente no que se diz respeito da remoção de resíduos e do excesso de água.

Ao analisar os grupos de risco que possuem uma maior tendência para o desenvolvimento da insuficiência renal, podemos destacar os indivíduos hipertensos, diabéticos, pacientes com doença cardiovascular e pessoas que possuem familiares portadores da doença renal (Bastos et al., 2010).

A insuficiência renal crônica pode ser diagnosticadas por meio de exames de rotina, principalmente por meio da dosagem de creatinina, o qual é realizada uma avaliação na taxa de filtração glomerular (ligado ao processo da formação de urina por meio da filtração do sangue pelos rins), na busca por analisar a velocidade que o rins têm de filtrar o sangue, na dosagem de albuminúria e proteinúria, o qual se ocorrer uma perda acima dos valores considerados normais de albumina (considera-se normal uma perda de até 30 mg/dia) e outras proteínas (considera-se normal a perda de até 150 mg/dia) na urina, é notória a indicação de danos no órgão renal, e a urinálise, relacionado à análise da urina na busca por informar

acerca do funcionamento renal, além da realização de ultrassonografia dos rins e das vias urinárias com o intuito de analisar o formato, tamanho e simetria renal, além da identificação da presença de algum cisto renal e da avaliação do trato urinário (Fabre e Canziani, 2023).

Os sintomas mais comuns da doença renal crônica estão ligados a falta de ar, inchaço nas pernas, fadiga, sonolência diurna, câibras musculares, diminuição do apetite, prurido, além de náuseas e vômitos, tendo o seu aparecimento com mais frequência em estágios avançados da doença (Fabre e Canziani, 2023).

A insuficiência renal crônica apresenta 5 (cinco) estágios baseados na Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Segundo o médico urologista, Rodrigo Rosa de Lima ([s. d.]), esses estágios podem ser descritos como:

Estágio 1: TFG é maior ou igual a 90 ml/min: Fase mais precoce da doença. Nesse estágio, o rim ainda desempenha sua função, filtrando mais de 90 ml de sangue por minuto. Ainda assim, o paciente já apresenta sinais de lesão renal (como perda de proteína no sangue pela urina), que poderão comprometer o funcionamento dos rins a longo prazo.

Estágio 2: TFG está entre 60 e 89 ml/min: Pacientes classificados neste estágio já estão com a filtração renal levemente comprometida, mas ainda não apresentam sintomas. Também chamada de pré-insuficiência renal, essa fase é comum em idosos, quando o envelhecimento do rim afeta seu funcionamento. Imediatamente o tratamento é focado no controle dos fatores de risco para evitar que a DRC avance para um quadro mais preocupante.

Estágio 3: TFG está entre 45 e 59 ml/min: O paciente começa a apresentar os primeiros sintomas, como anemia e doença óssea, mas ainda de forma discreta. Nessa fase é indicado um tratamento conservador, que consiste em retardar a progressão da doença e conservar a TFG pelo maior tempo de evolução possível. Sem o tratamento, os pacientes no estágio 3 podem evoluir para a perda progressiva da função renal.

Estágio 4, TFG está entre 15 e 29 ml/min: Esse estágio, também chamado de pré-dialítico, já é considerado crítico. Como o volume de sangue filtrado é baixo, têm-se o acúmulo de toxinas no sangue, causando desnutrição, anemia, enfraquecimento ósseo, cansaço e edemas. Pacientes nesse estágio apresentam diversas alterações em seu exame de sangue, como aumento de potássio, fósforo e PTH, além da redução dos níveis de cálcio e hemoglobina (sinais de anemia).

Estágio 5: TFG é inferior a 15ml/min: O rim já não é capaz de manter seu funcionamento básico. A maioria dos pacientes apresenta sintomas como náuseas, vômitos, descontrole da pressão, perda do apetite e perda de peso. Também podem surgir sintomas como a redução da quantidade de urina (que ocasiona inchaço e falta de ar devido ao acúmulo de líquido nos pulmões), anemia grave e arritmia cardíaca (devido à elevação do potássio e da acidez no sangue). Inicia-se a Terapia Renal Substitutiva, sendo realizada alguma modalidade de diálise ou o transplante de rim.

Importante destacar que, frequentemente, o início do desenvolvimento da DRC é silenciosa e não diagnosticada logo nos primeiros estágios da doença, ou seja, de forma precoce (Fabre e Canziani, 2023).

O tratamento dos portadores de doença renal crônica demanda do reconhecimento de aspectos distintos que podem ser relacionados, como a doença de base, estágio da doença, as complicações e as comorbidades que atingem os usuários. As doenças de bases mais frequentes entre os indivíduos que realizam o tratamento de Terapia Renal Substitutiva são a

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mais comum entre os brasileiro que realizam o tratamento renal, e a Diabetes Mellitus (DM), a causa mais frequente da doença no mundo e a segunda no Brasil (Bastos et al., 2010).

Segundo informações do Ministério da Saúde ([s. d.]), para que aconteça uma estruturação do tratamento dos pacientes diagnosticados com a insuficiência renal é importante que ocorra a classificação dos indivíduos entre os 5 (cinco) estágios da doença, com o intuito de uma melhor decisão no encaminhamento para os serviços de referências e/ou para médicos especialistas, conforme a situação clínica de cada caso. Os atendimentos integrais dos pacientes com doença renal crônica são classificados em tratamento conservador, para os indivíduos que se encontram no estágio 1 ao 3, pré-diálise, para quem se encontra no estágio 4 e 5 ND (não dialítico), e a Terapia Renal Substitutiva, para os que estão no estágio 5-D (dialítico). O tratamento conservador compreende no controle dos fatores de risco que auxiliam na progressão da doença, com o objetivo de conservar a TFG por um tempo maior. O processo de pré-diálise consiste na busca pela manutenção do tratamento conservador, e também no preparo adequado para o início da Terapia Renal Substitutiva quando o indivíduo já se encontra em estágio avançado. Já a Terapia Renal Substitutiva ocorre por meio dos processos de hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. A hemodiálise está relacionada a uma modalidade a qual é realizada três vezes por semana em hospitais e clínicas especializadas de diálise, que através da utilização de uma máquina e um dialisador, bombeia o sangue e remove as toxinas do organismo, possibilitando que a vida do portador de doença renal seja prolongada de forma indefinida, mas não interrompe a evolução da doença. A diálise peritoneal é uma terapia mais simples, realizada diariamente na residência do paciente por meio de uma catéter flexível no abdômen do indivíduo. Já o transplante renal está relacionado ao processo cirúrgico que busca substituir o órgão doente por um saudável e compatível, com o doador sendo uma pessoa viva ou falecida. Importante mencionar que o transplante renal é considerado uma alternativa completa para a substituição da função renal (Brasil, s.d.; Oliveira et al., 2014; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2023).

Faz-se necessário destacar que os pacientes que se encontram no estágio 5 da DRC, o qual é iniciado a Terapia Renal Substitutiva na modalidade de diálise ou transplante renal, devem receber uma preparação antecipada para o início do tratamento, com suporte psicológico ao paciente e familiares, suporte social junto ao profissional de Serviço Social, oportunidade de discussão dos profissionais de saúde junto ao paciente e familiares acerca da modalidade de tratamento relacionado ao tipo de diálise ou transplante do rim, com o intuito de respeitar a escolha dos envolvidos (Bastos et al., 2010).

Para finalizar a discussão mais clínica ligada à doença, faz-se necessário chamar a atenção para um diagnóstico e tratamento precoce como forma de prevenir a progressão do agravo e a perda irreversível da função dos rins. Os médicos clínicos e generalistas apresentam um papel central na busca por uma suspeita, identificação e prevenção da doença, bem como no encaminhamentos dos pacientes ao médico nefrologista, principalmente os que estão inseridos nos grupos de risco mencionados anteriormente (Bastos et al., 2010).

Sobre a discussão relacionada à política de tratamento para as pessoas que se encontram com a doença ou no grupo de risco, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal desde 2004 (Portaria nº. 1.168, de 15 de junho de 2004), o qual institui a implantação da política em todas as unidades federativas do Brasil, respeitando as competências das três esferas de gestão (Brasil, 2004), o qual institui o incentivo em enfatizar a necessidade de investimentos nas ações de promoção e prevenção de agravos, na busca por promover a identificação dos determinantes e condicionantes das principais patologias que tendem a levar ao desenvolvimento da insuficiência renal, além da ampliação na cobertura das pessoas com diabetes e hipertensão, fazendo parte da agenda de políticas públicas do governo federal (Silva et al., 2019). Portanto, somente no ano de 2014 que ocorreu a publicação da portaria nº. 389, de 13 de março de 2014, o qual define as diretrizes clínicas e os critérios de organização da linha de cuidado para o paciente com DRC na Rede de Atenção à Saúde do SUS, além do financiamento das ações de abordagem da doença, trazendo recomendações às equipes multiprofissionais referentes ao cuidado da pessoa que está sob risco ou diagnóstico da DRC, na busca por incorporar a estratificação de risco, estratégias de prevenção, diagnóstico e o manejo clínico (Nakata, 2023, p. 2; Silva, et al., 2019). Essa portaria aborda as atribuições ligadas à Atenção Primária à Saúde e a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, que serão discutidas ao longo deste tópico.

A linha de cuidado ao portador de doença renal crônica busca apresentar os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário com o intuito de atender às necessidades de saúde relacionadas às condições crônicas e definir ações e serviços que serão ofertados por cada componente e nível da Rede de Atenção à Saúde, tendo como base as orientações clínicas e a realidade de cada região de saúde (Nakata et al., 2023, p. 5). Ao que está relacionada à linha de cuidado da insuficiência renal crônica no campo do SUS é importante destacar a integralidade dos três níveis de atenção à saúde na busca por nortear a organização dos profissionais e dos serviços voltados para esse agravo (Nakata et al., 2023, p. 8). A Atenção Primária à Saúde, também conhecida como atenção básica, é responsável por ações

de caráter individual e coletivo, ligado às atividades de promoção da saúde, prevenção de danos e a identificação dos fatores de risco, além disso, é na atenção básica que ocorre as ações clínicas de controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, principais doenças-bases relacionadas a doença renal, e da insuficiência renal que possa ser assistida neste nível de atenção (Lages, 2015, p. 22), esse manejo está relacionado com a busca pela detecção precoce da doença. Segundo a Portaria nº. 1.675, de 7 de junho de 2018, além das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos das principais doenças-bases, como citado anteriormente, a atenção básica possui como atribuição no cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC):

- [...] b) atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC, conforme Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde - PNI/MS;
- c) identificar determinantes e condicionantes das principais patologias que podem levar a DRC;
- d) realizar acolhimento com classificação e estratificação de risco e vulnerabilidade, diagnóstico precoce e tratamento oportuno da DRC de acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS;
- e) coordenar o cuidado atuando como o centro de comunicação entre os diversos componentes da RAS e ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas;
- f) realizar atividades educativas e apoiar o autocuidado, ampliando a autonomia da pessoa com DRC;
- g) realizar abordagem multiprofissional e intersetorial, incluindo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Nasf-AB - e outros programas e ações da Atenção Básica no acompanhamento aos pacientes com DRC;
- h) manter o Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais;
- i) responsabilizar-se no território adscrito pelo cuidado à pessoa em tratamento dialítico e seus familiares; e
- j) utilizar tecnologias como Telessaúde ou outras estratégias locais para qualificar o processo de trabalho, através do uso de protocolos de encaminhamento de maneira integrada com a Regulação (Brasil, 2018).

A Atenção Primária à Saúde é responsável pelo manejo clínico da doença renal crônica nos estágios iniciais, que corresponde do 1 ao 3. Como citado anteriormente, as ações realizadas neste nível estão ligadas à promoção e prevenção à saúde, incluindo orientações relacionadas a hábitos alimentares, descontinuação do tabagismo e o controle da dislipidemia e peso corporal (Brasil, 2023).

Segundo o Ministério da Saúde ([s. d.]), no que se refere ao manejo da insuficiência renal crônica na atenção especializada em Nefrologia, que abrange a média e a alta complexidade, as unidades especializadas em doença renal são as principais referências no tratamento do portador da doença. Importante ressaltar que o manejo que ocorre na média complexidade está relacionado a um grau de comprometimento da função renal localizado entre o nível leve, encontrado nos estágios iniciais da doença, e o nível mais grave, relacionado a uma fase terminal da função renal, ou seja, a linha de cuidado da doença renal na média complexidade é caracterizada por uma perda progressiva, mas que ainda não há a

necessidade da Terapia Renal Substitutiva (Brasil, [s. d.] apud Lages, 2015).

Segundo a Portaria nº. 1.675, de 7 de junho de 2018, do Ministério da Saúde, na parte voltada para o componente de atenção especializada podemos encontrar:

- a) realizar a atenção ambulatorial e hospitalar de forma multiprofissional e intersetorial, de acordo com o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS, incluindo a necessidade da Terapia Renal Substitutiva - TRS, nas modalidades de hemodiálise e diálise peritoneal;
- b) realizar o matriciamento pela equipe multiprofissional especializada em DRC a partir da integração com as equipes da Atenção Básica;
- c) disponibilizar carga horária adequada à realidade local para realizar o matriciamento, mediante realização presencial ou à distância, ou por meio dos Núcleos do Telessaúde, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde;
- d) diagnosticar, quando da necessidade de TRS-diálise, os casos com indicação para procedimento cirúrgico da confecção de fístula arteriovenosa ou implante de cateter para diálise peritoneal, conforme o documento das Diretrizes Clínicas para o Cuidado à Pessoa com DRC no âmbito do SUS;
- e) realizar a confecção da fístula artério venosa de acesso à hemodiálise ou o implante de cateter para diálise peritoneal, conforme definição e pactuação do gestor público de saúde;
- f) garantir o encaminhamento ou transferência por meio da regulação de acesso de urgência e emergência para hospital vinculado ao SUS de retaguarda para os casos que necessitem de internação decorrente do tratamento dialítico;
- g) manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS;
- h) manter o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS - vigente atualizado e com registro qualificado das informações pelos profissionais; e
- i) prestar os primeiros atendimentos ao paciente nos casos de intercorrências quando ocorrerem durante o processo dialítico, garantindo a estabilização do paciente." (NR) (Brasil, 2018).

O cuidado do paciente renal crônico voltado para a assistência à saúde de alta complexidade está relacionado à garantia de acesso e qualidade das terapias dialíticas, buscando um impacto positivo na sobrevida do órgão, morbidade e na qualidade de vida do indivíduo. A assistência do paciente portador de doença renal nesse nível de atenção ocorre por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia e Unidade de Transplante Renal (Lages, 2015, p. 23).

Os Serviços de Nefrologia são compostos pelas unidades especializadas em Doença Renal Crônica com Terapia Renal Substitutiva/Diálise, o qual está englobada as instituições pública ou privadas vinculadas ao SUS, na busca por oferecer consultas com especialistas e procedimentos de diálise, como a hemodiálise e a diálise peritoneal. Os Centros de Referência em Nefrologia estão ligados aos hospitais de ensino certificados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Necessário destacar que esses centros são indicados por habilitação através da gestão estadual e devem seguir algumas condições, como definição de uma base territorial de atuação, articulação e integração com os sistemas locais e regionais, estrutura de pesquisa e ensino organizado, com programas estabelecidos, e uma estrutura geral que seja capaz de desenvolver a eficiência, eficácia e efetividades das ações prestadas

(Brasil, 2011 apud Lages, 2015, p. 27). Ademais, as Unidades de Transplante Renal, segundo a portaria GM/MS nº 2.042/1996, devem ser instaladas em hospitais gerais licenciados pela autoridade sanitária local e atendendo as exigências de estrutura e funcionamento previsto pela legislação sanitária, além da disposição de leitos reservados especificamente para pacientes transplantados, com preferencia que seja separados das enfermarias gerais (Brasil, 1996 apud Lages, 2015, p. 28). Ao mencionar os procedimentos de transplante renal, é importante destacar que a portaria GM/MS nº 2.042/1996, apud Lages, 2015, também define o que deve constar na infraestrutura dos serviços de transplante, como:

1. Unidade de diálise;
2. Centro cirúrgico;
3. Unidade de terapia intensiva;
4. Laboratório de patologia clínica;
5. Banco de sangue;
6. Radiologia convencional e vascular;
7. Ultrassonografia;
8. Comissão de controle de infecção hospitalar atuante;
9. Ambulatório específico para acompanhamento dos pacientes transplantados por médico nefrologista;
10. Garantia de acesso dos pacientes transplantados à assistência médica nas especialidades de Oftalmologia, Dermatologia, Ortopedia, Moléstias Infecciosas, Ginecologia/Obstetrícia, Urologia, Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica, Endoscopia, Cardiologia e Nutrição;
11. Serviço de anatomia patológica, capaz de interpretar biópsias de rins transplantados;
12. Laboratório de histocompatibilidade, destinado à realização de exames de antígenos leucocitários humanos (HLA), reconhecido pela Associação Brasileira de Histocompatibilidade;
13. Laboratório capaz de dosar ciclosporina A (Brasil, 2014 apud Lages, 2015, p. 28).

A instituição hospitalar deve contar com os profissionais de Medicina e equipe multiprofissional para que ocorra o apoio ao paciente transplantado, com a presença, no mínimo, de médicos nefrologistas, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista (Brasil, 1996 apud Lages, 2015, p. 29).

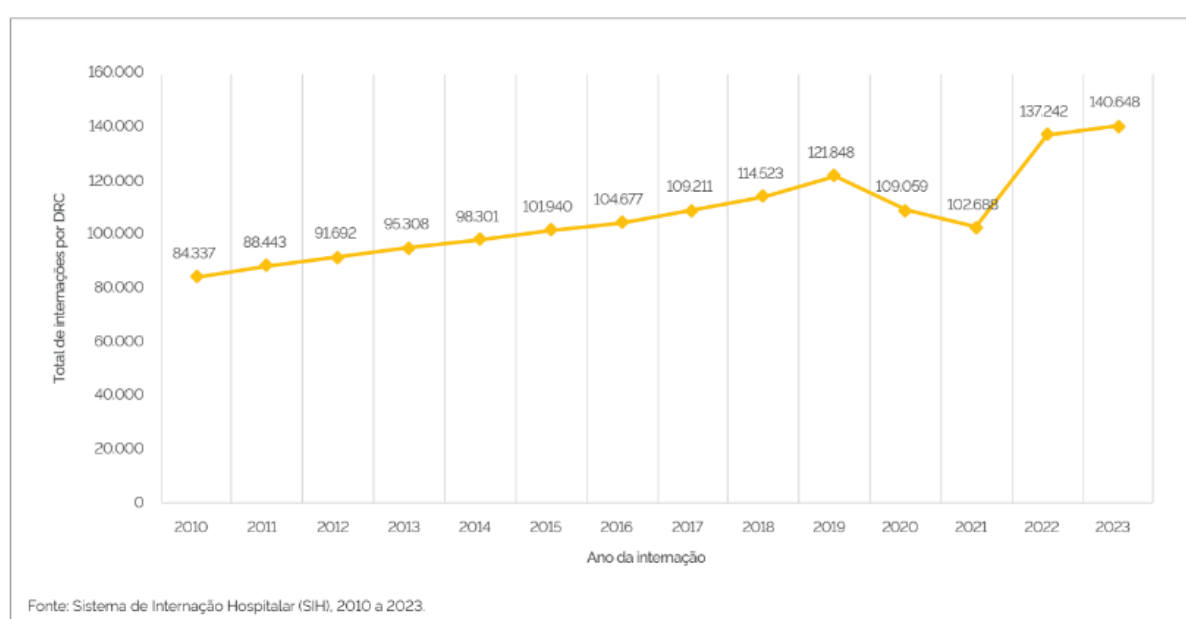
Além da discussão voltada para o tratamento renal e as unidades institucionais e sua composição, o portador de doença renal na alta complexidade também conta com a assistência farmacêutica especializada (Lages, 2015, p. 30).

Para finalizar este tópico, podemos destacar que o tratamento ideal para a Doença Renal Crônica deve se basear nos pilares do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato para o tratamento nefrológico e implantação de medidas para preservar a função renal (Bastos, Bregman, Kirsztajn, 2010; Lages, 2015, p. 30). Por meio dessa afirmativa, faz-se necessário que ocorra o processo de promoção e prevenção da saúde com o intuito de controlar o aumento das ocorrências de casos da insuficiência renal, principalmente nos estágios mais avançados.

2.2. Perfil sociodemográfico da doença renal crônica

Segundo o Boletim Epidemiológico publicado em novembro de 2024, elaborado pelo Ministério da Saúde e pela Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, ocorreu um crescimento nos número de internações por Doença Renal Crônica (DRC) entre os anos de 2010 a 2023 na população brasileira (Brasil, 2024). Importante mencionar que a trajetória dos números de internações e casos de DRC não segue uma forma linear, como será notado nos gráficos a seguir.

Gráfico 1: Total de internações por doença renal crônica no Brasil – 2010 a 2023



Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), 2010 a 2023 apud Ministério da Saúde e Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024.

Conforme apresentado no gráfico acima, o número de internações por insuficiência renal crônica aumentou de 84.337, em 2010, para 140.648, em 2023 (Brasil, 2024). Importante mencionar que entre 2019 a 2021 ocorreu uma diminuição no número de internações referentes à doença, o qual está relacionado, principalmente entre os anos de 2020 e 2021, a pandemia da Covid-19 e a apreensão dos indivíduos em frequentar os ambientes hospitalares, porém entre os anos de 2022 e 2023 a quantidade de internação voltou a crescer, com o ano de 2023 apresentando um número maior do que os anos anteriores que aparecem no gráfico.

Tabela 1: Taxa de internação por insuficiência renal segundo a faixa etária e o sexo no Brasil – 2010 a 2023

Variáveis	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Faixa etária														
0 a 4 anos	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,7	0,6
5 a 9 anos	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
10 a 14 anos	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6
15 a 19 anos	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,8	0,9	0,9	0,8
20 a 29 anos	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,5	1,5	1,7	1,6
30 a 39 anos	2,6	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	2,6	2,5	3,0	3,1
40 a 49 anos	4,8	4,9	4,9	5,0	4,9	4,9	4,8	4,9	5,0	5,2	4,7	4,7	5,5	5,5
50 a 59 anos	9,1	9,2	9,0	9,1	9,1	9,2	9,1	9,5	9,6	10,0	8,8	8,7	10,3	10,7
60 a 69 anos	14,5	14,8	15,2	15,3	15,6	15,8	16,1	16,1	16,7	17,4	14,9	15,1	18,5	19,2
70 a 79 anos	20,1	20,7	21,3	21,5	22,6	22,7	22,8	23,2	23,7	24,7	21,5	22,0	28,0	28,5
80 anos e mais	26,3	27,0	28,2	29,6	30,0	30,5	29,7	31,1	31,0	33,2	28,1	29,2	37,4	39,9
Sexo														
Masculino	5,0	5,2	5,3	5,5	5,6	5,8	5,9	6,2	6,4	6,8	6,1	5,6	7,6	7,8
Feminino	3,7	3,8	4,0	4,1	4,2	4,3	4,3	4,4	4,6	4,9	4,3	4,0	5,3	5,4
Total	4,3	4,5	4,6	4,8	4,9	5,0	5,1	5,3	5,5	5,8	5,2	4,8	6,4	6,6

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), 2010 a 2023.

Nota: taxa de internação por 10 mil habitantes.

Fonte: Sistema de Internação Hospitalar (SIH), 2010 a 2023 apud Ministério da Saúde e Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2024.

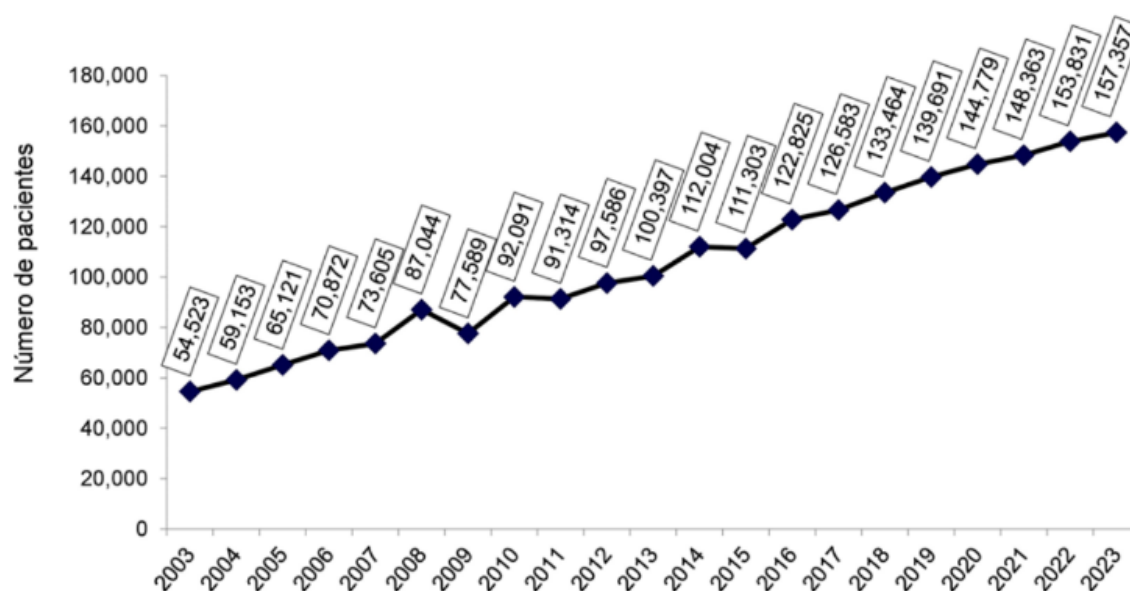
A tabela acima apresenta uma análise presente no boletim epidemiológico que discute a taxa de internação por doença renal em relação ao sexo e a idade dos indivíduos. Antes de continuar essa discussão é importante destacar que os resultados que aparecem na tabela se referem a taxa de internação a cada 10 mil habitantes. A partir disso, podemos mencionar que em 2010 a taxa de internação por DRC foi de 5 (cinco) internações a cada 10.000 (dez mil) habitantes para o sexo masculino, e 3,7 internações a cada 10.000 habitantes entre o sexo feminino. No ano de 2023 foi apresentado uma taxa de 7,8 internações a cada 10.000 habitantes para a população masculina e de 5,4 internações a cada 10.000 habitantes para o público feminino (Brasil, 2024, p. 8). Ao analisar a tabela, é notório a presença de um aumento no número de internações na variável sexo por um número de 10.000 habitantes entre os anos de 2010 a 2023, com uma oscilação durante os anos listados na tabela para ambos os gêneros.

No que se refere a variável relacionado a faixa etária, os dados apresentados revelam uma predominância de casos de internações ligados a pessoas com 80 anos ou mais no decorrer dos anos de 2010 a 2023, com 26,3 internações por 10.000 habitantes em 2010 e 39,9 internações por 10.000 habitantes em 2023 (Brasil, 2024, p.8). Importante mencionar que

além da faixa etária de 80 anos ou mais, no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde e da Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente também é possível notar uma predominância na taxa de internação entre as idades de 50 a 79 anos com um aumento dos anos de 2010 a 2023 (Brasil, 2024, p. 8).

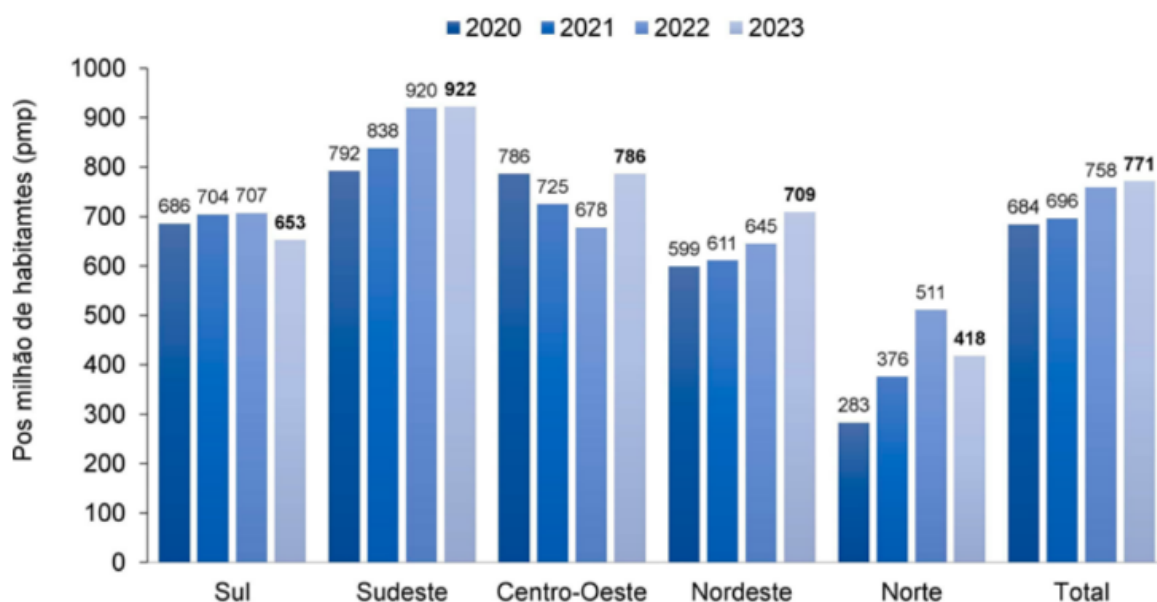
Além dos dados encontrados no boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2024) referente à internação por doença renal crônica, o número de pacientes que realizam diálise em clínicas e hospitais especializados também sofreu um aumento numérico ao longo dos anos. Esses dados podem ser destacados através do Censo Brasileiro de Diálise, da Sociedade Brasileira de Nefrologia, referente ao ano de 2023, publicado em 2025:

Gráfico 2. Número estimado de pacientes em diálise crônica por ano.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2025.

Gráfico 3: Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por região geográfica no Brasil, por milhão da população.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2025.

Segundo o que foi descrito no gráfico 2, a taxa de pacientes que estão em tratamento de diálise no Brasil sofreu um aumento nos últimos 20 anos, de 2003 a 2023. Importante destacar que esse crescimento da população em tratamento renal substitutivo não é linear, como também é notório nos dados coletados pelo Ministério da Saúde (2024) referente a quantidade de indivíduos internados por insuficiência renal no Brasil. Necessário mencionar que há 886 centros de diálise ativos ao redor do país, e a coleta de dados contou com a participação de 14% dos centros de tratamento, ou seja, 124 unidades (Nerbass, 2025). Em meio a essa porcentagem de análise realizada, podemos mencionar que a taxa de paciente em terapia renal substitutiva pode ser maior do que o indicado no censo de 2025, visto que nem todas as unidades de tratamento participaram da pesquisa.

O gráfico 3 apresenta a quantidade de pessoas em diálise por milhão de habitantes em cada região do Brasil. Dos centros de diálise que participaram da pesquisa nacional, 18% das unidades se localizam na região Norte, 16% na região Nordeste, 19% na região Centro-Oeste, 9% na região Sudeste e 19% na região Sul. De acordo com o que é mostrado nos gráficos referentes a cada região, podemos notar uma maior predominância de procedimentos dialíticos na região Sudeste e uma menor na região Norte do país. Diante dessa abordagem referente a maior e menor predominância de indivíduos que realizam a Terapia Renal Substitutiva, precisa-se mencionar o grau de desenvolvimento encontrado em cada região do país, pois mesmo que a porcentagem de unidades de diálise participantes seja maior na região

Norte do que na Sudeste, faz-se necessário destacar que a parte norte do Brasil possui 54 clínicas de diálise, 10 participaram da pesquisa, enquanto que a parte sudeste do país possui 421 clínicas, com 40 participantes, além de que há uma diferença de 367 clínicas de diálise entre as duas regiões do país, o que demonstra uma assimetria de desenvolvimento e investimento se comparado com o tamanho e quantidade de estados que compõem cada região.

Ao o que se refere a questão da população que realiza o tratamento de diálise, pode-se destacar por meio de pesquisas em artigos, trabalhos de conclusão de curso e censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Sociedade Brasileira de Nefrologia que a população que realiza a Terapia Renal Substitutiva é predominantemente do sexo masculino, de cor/raça branca, seguido por pardos, com idade igual ou superior a 50 anos, com renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, ensino fundamental incompleto, aposentados e sem a realização de atividades remuneradas (Nerbass, 2025; Spigolon et al., 2018; Ramalho, 2017; Gouvêa, 2022; Nascimento, 2023; Neves et al., 2019; Souza e Santos, 2023; Gesualdo, et al. [s. d.]; Silva; Lopes; Silva, 2010; Souza et al., 2020; Amboni, 2023; Pretto, 2020). Esse perfil sociodemográfico também pôde ser notado durante a realização do estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no setor de Nefrologia de um hospital universitário de média e alta complexidade na cidade do Recife, Pernambuco, entre os meses de julho de 2024 e abril de 2025. Por meio das experiências adquiridas e das observações realizadas diariamente no campo de estágio, foi notório a presença de pacientes em tratamento de Terapia Renal Substitutiva que não realizavam atividades remuneradas, com renda entre 1 a 2 salários mínimos e aposentados. No entanto, uma diferença encontrada entre os dados citados anteriormente e os que foram observados através das análises dos trabalhos de conclusão de curso realizados na mesma unidade em anos anteriores a realização do estágio obrigatório e do olhar de uma estagiaria do setor foi que a predominância de pacientes era do sexo feminino e predominantemente da cor/raça parda (Ramalho, 2017; Nascimento, 2023). Necessário destacar que essas diferenças estão relacionadas às observações realizadas em uma única unidade de diálise e não a um estado federativo ou território nacional como a análise elaborada pelo censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para finalizar este capítulo, diante do que foi apresentado sobre o perfil sociodemográfico dos portadores de doença renal crônica ao redor do Brasil, podemos perceber que a maioria dos casos ocorrem com pessoas idosas, levando em consideração o envelhecimento populacional, como citado no início deste capítulo, além do mais, é notório a

presença de uma faixa populacional vulnerável que antes e durante o tratamento renal sofre com os determinantes e condicionantes sociais da saúde presente no cotidiano da sociedade, pois a forma ligada ao enfrentamento da DRC tende a depender também das condições de escolaridade, renda, local de moradia, entre outros fatores socioeconômicos.

CAPÍTULO 03 - Os determinantes sociais da saúde relacionados à doença renal crônica no Brasil.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde se relaciona ao estado de bem-estar social, físico e mental, não estando diretamente ligado à ausência de alguma doença, mas sim a um equilíbrio entre o social, físico e psíquico. Com base nessa ideia, a OMS desenvolveu a comissão referente aos Determinantes Sociais da Saúde com o intuito de impulsionar o reconhecimento dos fatores individuais, sociais, econômicos, culturais, psíquicos e ambientais que tendem a influenciar no processo de saúde-doença da população ao redor do mundo (Sousa e Silva, 2023).

Quando debatemos acerca dos determinantes sociais da saúde, há a necessidade de pensar nas desigualdades sociais que existem na sociedade, os quais estão vinculados aos problemas sociais, econômicos e políticos (Sousa e Silva, 2023). Segundo o que é destacado por Iamamoto (2001) apud Souza e Silva (2023), a questão social está relacionada ao reconhecimento das desigualdades sociais presentes na lógica capitalista, como a violência, desemprego, fome, falta de acesso às políticas públicas e sociais, escassez de recursos, entre outros problemas que se encontram presentes nas relações da sociedade.

Quando analisamos os determinantes sociais da saúde relacionados à Doença Renal Crônica, podemos relacionar a crise de identidade, mudanças no papel social, redefinição da função e dos contratos sociais, aposentadoria precoce, entre outros pontos ligados aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais (Sousa e Silva, 2023).

Com isso, ao longo deste capítulo serão discutidos os inúmeros fatores que influenciam no tratamento da doença renal crônica, apresentando também relatos de experiências vivenciadas durante o período de estágio obrigatório em Serviço Social, na busca por debater os obstáculos no cotidiano dos portadores de doença renal crônica. Ademais, ao longo do segundo tópico serão abordadas as lacunas presentes no diagnóstico da doença e do avanço do setor privado no campo da saúde e da Terapia Renal Substitutiva.

3. 1. Doença renal crônica: as suas barreiras e interferências no cotidiano dos portadores renais crônicos.

Para iniciar esse debate é importante destacar que com o aumento dos casos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sendo destacado neste trabalho a argumentação voltada para a Doença Renal Crônica, há o destaque para os agravos

permanentes e o desenvolvimento de incapacidade e/ou deficiências que necessitam de um acompanhamento contínuo e rigoroso com observação e cuidados específicos, que por muitas vezes não evoluem para uma cura, fazendo, assim, com que o indivíduo conviva com a doença pelo resto da vida (Organização Mundial da Saúde, 2003 apud Silva, 2019). Ademais, além de agravos clínicos, as doenças crônicas também resultam em impactos sociais, econômicos, aspectos de ordem psicológico e emocional para o indivíduo adoecido e para os familiares, dos impactos no sistema de saúde devido às frequentes e longas hospitalizações e dos elevados custos para a rede especializada de saúde (Silva, 2019, p. 10 - 11).

Importante destacar que a diálise busca garantir o prolongamento da vida do indivíduo, porém, como já mencionado anteriormente, a insuficiência renal crônica aliado com o tratamento tendem a provocar mudanças diárias, desenrolando em situações que venham a afetar e limitar aspectos físicos, psicológicos, sexuais, familiares e sociais, trazendo um contexto o qual altera e prejudica as condições de vida, a rotina e o modo de viver do paciente e de seus familiares mais próximos, expondo sentimentos negativos referente ao medo da incapacidade, da dependência financeira e da alteração da autoimagem (Spigolon et al., 2018; Silva, 2011 apud Puerari, Siqueira, Farias, 2022). Segundo estudo apresentado por Spigolon et al (2018):

Muitos afirmaram que mudanças nos hábitos diários, como a dietética, a hídrica e a laboral, lhes incomodavam, o que mostra que essas mudanças alimentares, limitações nas atividades físicas, lazer, trabalho, a utilização contínua de medicações, assim como a dependência de familiares e de profissionais de saúde podem tornar a vida um grande desafio. Além disso, a restrição física de um dos braços, em decorrência da fistula arteriovenosa, o desconforto causado pelo cateter, quando é o caso, e a dor que foi relatada com frequência pelos pacientes deste estudo provocam mudanças no desempenho das atividades diárias e profissionais dos pacientes tornando-os mais inseguros no cuidado consigo mesmos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), através da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 e 2019, mais de um terço dos indivíduos portadores de DRC relatam algum grau de limitação nas atividades habituais, além do mais, segundo estudo transversal realizado junto a pacientes em hemodiálise, ocorreu um prejuízo de 31,5% na qualidade de vida dos indivíduos entrevistados (Gouvêa et al., 2022). Podemos destacar que devido a rotina, ao longo tempo dedicado às sessões de Terapia Renal Substitutiva, aos procedimentos ligados a implantação da fistula arteriovenosa para o acesso do paciente à máquina de hemodiálise, diminuição do desempenho físico, sintomas da doença e diagnóstico tardio, alguns portadores de insuficiência renal apresentam desconforto, o que tende a gerar um desequilíbrio emocional, deixando, assim, os indivíduos em uma situação de vulnerabilidade em decorrência do tratamento, seja de uma forma clínica, emocional, social ou econômica, além dos cuidados constantes que o paciente precisa ter em sua rotina diária e

dificuldades de locomoção devido aos episódios de câimbras, mudanças no corpo e a rotina de deslocamento a outra cidade para a realização das sessões de hemodiálise. Com essa observação é importante destacar que os portadores de doença renal crônica que encontram-se em idade hábil para o exercício trabalhista, encontram dificuldades de inserção no mercado de trabalho, que pode ocorrer devido ao tempo gasto no tratamento e na diminuição e limitação das condições físicas para a realização de atividades habituais e laborais (Spigolon et al., 2018; Gouvêa et al., 2022; Oliveira et al, 2023), sendo inseridos em benefícios previdenciários e sociais, como o auxílio doença, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a aposentadoria. Durante a experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social no setor de Nefrologia de um hospital de alta complexidade do Recife, no cotidiano dos atendimentos na sala de hemodiálise foi observado que muitos pacientes não realizavam algum tipo de atividade remunerada e muitos apresentavam cadastros em benefícios como Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio doença e aposentadoria, como registrado no Diário de Campo.

O tratamento de diálise tende a desenvolver em alguns pacientes o sentimento de confusão, aceitação, revolta, incerteza, desesperança, aflição, ansiedade, medo, incapacidade e a ideia de se tornar prisioneiro de uma máquina em busca da sobrevivência, além de dificuldades relacionadas a impactos nas condições físicas, como insônia, câimbras musculares e náuseas, a diminuição do convívio familiar e social, trabalho, dieta, entre outros pontos (Silva, 2019; Maldades, 2008 apud Puerari, Siqueira, Farias, 2022).

Importante ressaltar que essas dificuldades enfrentadas pelos paciente e familiares vão muito além de efeitos físicos, emocionais e econômicos, tendo que enfrentar barreiras ligadas ao transporte, a vagas nas clínicas de hemodiálise e ao investimentos do governo público referente ao tratamento.

Como forma de abordar mais sobre as dificuldades e barreiras presentes no cotidiano do tratamento de diálise, ocorreu a busca por reportagens jornalísticas que abordam essa temática de obstáculos e adversidades no dia a dia dos pacientes, das clínicas e dos profissionais. Com isso, ocorreu a análise de informações disponibilizadas pelo grupo Globo, através do portal de notícias G1 e dos seus meios televisivos, com abordagem de matérias jornalísticas dos últimos 7 (sete) anos, de 2018 a 2025.

Para iniciar esses relatos, importante destacar que segundo as reportagens informadas pelo grupo Globo através do site de notícias do G1 Tocantins, em 2023, os portadores de doença renal contavam com apenas uma van para a realização da locomoção até a clínica onde o tratamento era realizado, o que resulta em longos momentos de espera durante os dias

de terapia renal, além das horas dedicadas a hemodiálise. Segundo o relato apresentado na reportagem, o aposentado Jorge Barros da Silva que realiza tratamento três vezes na semana em Palmas:

É um caso que já existe há pelo menos seis anos. A prefeitura diz que o assunto foi resolvido, mas nada é resolvido. Quando um carro desses quebra, que constantemente quebra, não existe outro carro para fazer o transporte dos pacientes. Temos cadeirantes e esse carro não conta com acessibilidade (Lauris, 2023, online).

Na mesma notícia, outra pessoa que preferiu não se identificar, a qual também depende do transporte disponibilizado pela prefeitura, menciona que devido a presença de somente um veículo para transportar os pacientes em diferentes regiões de Palmas, as primeiras pessoas a subirem no transporte precisam percorrer grandes trajetos ao longo de várias regiões da cidade até chegar à clínica de diálise, e na volta para casa o extenso caminho é percorrido novamente.

O primeiro paciente tem que sair de casa meio dia e é um idoso é diabético, tem membros amputados. Ai chega na clínica tem que ficar duas ou três horas aguardando sua vez no tratamento. Depois de três horas de um tratamento doloroso, que às vezes deixa o paciente meio debilitado e ansioso para se alimentar, ainda vai ter que esperar mais uma, duas ou até três horas para chegar em casa e se alimentar (Lauris, 2023, online).

Além das dificuldades apresentadas pelos portadores de doença renal crônica, as clínicas de hemodiálise também sofrem com a busca pela disponibilidade e continuidade do tratamento para os pacientes. Segundo a notícia retirada do site do G1 Rio de Janeiro, através da reportagem realizada pelo RJ TV, em novembro de 2018, as clínicas de diálise conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentavam dificuldades no recebimento dos recursos financeiros, pela prefeitura do Rio, para a compra de materiais e medicamentos para as sessões de hemodiálise. Os representantes das clínicas entrevistadas informaram que no mês de outubro de 2018 não receberam verbas suficientes para o funcionamento, indicando que o valor enviado pela prefeitura foi abaixo do adequado para a continuação das atividades e que o custo repassado pelo Ministério da Saúde para as clínicas de hemodiálise é menor do que a realidade apresentada. De acordo com José Chagas Filhos, paciente em hemodiálise há 30 anos, a preocupação em relação à ameaça do fechamento da clínica onde realiza o tratamento, em São Cristóvão, é diária. Além desse relato, outros pacientes que realizam o tratamento na Ilha do Governador informaram que já tiveram dias em que não realizaram hemodiálise devido à falta de materiais. Os pacientes dessas clínicas comentaram que nunca viram uma situação como essa ao longo dos anos de tratamento e que o sentimento é de medo e constrangimento.

Além de contratempos relacionados a transporte, insumo e investimentos nas clínicas onde já são realizadas as sessões de hemodiálise, a sociedade também sofre com a falta de

vagas para novos pacientes que necessitam realizar o tratamento. Segundo a notícia apresentada pelo G1 Campinas, em 2025, a falta de vagas na rede pública de saúde faz com que os pacientes renais necessitem ficar internados para garantir o tratamento, fazendo com que leitos de enfermarias sejam ocupados e ocorra a falta de vagas para novas ocorrências de urgências, visto que a hemodiálise é realizada normalmente por meio ambulatorial e o paciente tem a liberdade de voltar para casa depois das sessões. Segundo a médica nefrologista Clarice Zinato Moreira (2025), o paciente que possui condições de alta hospitalar, mas precisa permanecer internado para a realização da hemodiálise, devido a falta de vagas nas clínicas, pode sofrer com incontáveis fatores para a sua saúde, como transtornos psicológicos, sociais e risco de infecções no ambiente hospitalar. Ademais, a presidente da associação de transplantados de Campinas e região, Ivone Mendonça, informa que desde 2020 a falta de vagas para hemodiálise nas clínicas é tratada como problema de calamidade pública. Segundo Mendonça apud G1 (2025), “O paciente tem que ficar internado por meses por falta de clínicas. Pessoas ficam vulneráveis. O que é mais desumano é que todo mundo sabe dessa situação, e não resolve”.

Outra notícia que apresenta muito bem esse debate ligado à ausência de vagas ambulatoriais nas clínicas especializadas de hemodiálise e a necessidade da internação para a continuidade do tratamento está presente na reportagem transmitida pela TV Globo, por meio do Jornal Nacional, no dia 07 de agosto de 2025, o qual destaca a persistência da crise humanitária presente na Nefrologia devido à falta de vagas para a hemodiálise, o que tem provocado inquietação dos pacientes que se encontram internados. Segundo alguns pacientes entrevistados, são meses de internação para a realização do tratamento, resultando na ocupação de leitos públicos de UTI e de enfermarias sem a devida necessidade e indicação médica. Essas internações provocadas pela falta de vagas acabam por desenvolver impactos não somente nos portadores renais, mas também nas famílias, com a preocupação da aquisição de novas doenças e infecções. Segundo Ciro Bruno Silveira, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, prolongar a internação tende a expor esses indivíduos a um risco de vida, além de destacar os alertas feitos pela sociedade de Nefrologia acerca da crise humanitária que existe no setor de diálise no Brasil, fruto de um subfinanciamento da saúde.

Em consideração ao que foi relatado anteriormente, os portadores de doença renal crônica que se encontram em condições financeiras e sociais desfavoráveis, quando sofrem com a falha da continuidade das políticas públicas de saúde que atende os indivíduos em tratamento, acabam por possuir o acesso limitado aos recursos necessários para o custeio e

continuidade da Terapia Renal Substitutiva. Por conta disso, muitos pacientes são forçados a arcar com os custos pelo próprio bolso e contar com a ajuda financeira de familiares (Garcia e Jha, 2015).

Ao destacar a experiência de estágio obrigatório em Serviço Social no cotidiano do setor de Nefrologia de um hospital de alta complexidade, foi observado que alguns pacientes enfrentavam dificuldades para acessar o serviço de transporte de algumas prefeituras da Região Metropolitana do Recife, sendo necessário arcar com os custos de veículos para a realização da rotina de tratamento ao longo das semanas. Importante destacar que alguns municípios da região metropolitana realizavam a disponibilização de vale transporte, também conhecido na região como cartão VEM, o qual ocorre a recarga dos cartões mensalmente com a quantidade de passagens necessárias para os pacientes conseguirem ir ao hospital para realizar a hemodiálise, porém durante alguns meses, ao longo da realização do estágio, foi observado que muitos cartões de passagens não estavam sendo carregados, fazendo, assim, com que os pacientes retirassem do próprio benefício ou contassem com a ajuda de familiares para conseguir ir ao tratamento no hospital. Vale ressaltar que ao entrar em contato com os responsáveis por realizar essas transferências de valor para os cartões, a informação encaminhada foi que a prefeitura não havia disponibilizado verbas para que ocorresse essa distribuição de passagem. Importante trazer para essa discussão o fato de que, segundo o que foi apresentado sobre o perfil sociodemográfico dos indivíduos que realizam hemodiálise, no capítulo anterior, muitos pacientes possuem uma renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos, levando em consideração que o salário mínimo no Brasil, o qual em 2025 se encontra em um valor de R\$ 1.518,00, não é suficiente para que as pessoas tenham acesso às condições básicas de sobrevivência, e em uma situação em que a prefeitura não disponibiliza recursos para a continuação do tratamento, os portadores de insuficiência renal crônica precisam custear as passagens através dos próprio benefícios e aposentadorias ou por meio de terceiros, fazendo com que ocorresse um gasto extra sobre uma quantia que já é considerada abaixo do valor necessário para atender as necessidades básicas da população. Diante desse relato de experiência, é notório a desproteção social e negação de direitos que ocorrem na sociedade brasileira, principalmente em relação aos indivíduos vulneráveis em condições de saúde e financeira.

Segundo a abordagem de Yazbek (2001), os impactos destrutivos da transformação e desenvolvimento do capitalismo contemporâneo deixam as suas marcas sobre uma população vulnerável e empobrecida.

É importante lembrar que o renascimento de ideias liberais vai se confrontar com práticas igualitárias, referendar as práticas diferenciadoras do mercado, transformando direitos em ajuda, em favor. Nesta lógica, além da redução de recursos para a área social, resultante dos ajustes estruturais, estamos de volta aos programas mais residuais, sem referência a direitos. As sequelas da “questão social” expressas na pobreza, na exclusão e na subalternidade de grande parte dos brasileiros, tornam-se alvo de ações solidárias e da filantropia revisitada (Yazbek, 2001, p. 36).

Em relação a isso, é notório uma redução das intervenções no campo social com o intuito de desenvolver uma busca por programas focalizados e seletivos que são incapazes de alterar as rupturas entre as necessidades da possibilidade efetiva de acesso a bens, serviços e recursos sociais, destacando um redução e descaracterização dos mecanismos de institucionalização da proteção social (Yazbek, 2001, p. 37).

Diante do que foi apresentado anteriormente neste capítulo, podemos destacar uma trajetória de cuidado dos pacientes com doença renal crônica que está atravessada por lacunas e descontinuidades, que se iniciam desde o diagnóstico até a realização da Terapia Renal Substitutiva. Essas lacunas estão relacionadas às dificuldades de um diagnóstico precoce, por ser uma doença que se desenvolve silenciosamente e em muitos casos o conhecimento sobre o adoecimento acontece de forma tardia, a falta de vagas em hospitais e clínicas especializadas, longas distâncias percorridas até o local do tratamento, duração da hemodiálise, entre outros pontos que acometem a vida desses indivíduos (Turato; Campos, 2010 apud Silva, 2019, p. 13), além de aspectos sociais, econômicos e familiares.

Ao que se refere aos acessos de saúde, Donabedian (1973) apud Silva (2019, p. 19) se refere ao acesso como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir e responder às necessidades de saúde de uma determinada população, também chamada de população adscrita. Ao destacar os estudos realizados por Travassos e Martins, 2004; Rodrigues e Aquino, 2016 apud Silva, 2019; Iamamoto, 2001, as condições sociais de vida e da desigualdade geográfica apresentam uma forte influência no acesso aos serviços de saúde, além da dependência de aspectos relacionados ao sexo, raça, idade, renda, escolaridade entre outras variáveis sociais, trazendo, assim, complexidades e desafios no acesso ao sistema de saúde que propõe a universalidade e a integralidade, o que causa uma ampliação da desigualdade distribuída territorialmente, socialmente e financeiramente. Referente a doença renal crônica, a forma de enfrentamento do adoecimento pelo paciente tende a depender também de suas condições socioeconômicas, como escolaridade, renda, local de moradia e a existência de rede de apoio, o que influencia o portador ao longo da trajetória do tratamento renal (Pereira et al., 2016 apud Silva, 2019, p. 13).

Segundo o relato apresentado por Silva (2019) e estudos realizados por Lima et al (2015) apud Silva (2019), quanto mais baixa e precárias as condições socioeconômicas de uma população e território, maiores serão as barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Para finalizar este tópico, é notório a presença de vários obstáculos ao longo do tratamento dos portadores de doença renal crônica. A existência de barreiras que vão muito além do fator clínico, como a dificuldade de manejo e detecção precoce na atenção básica, mas também sendo encontradas nos diversos aspectos sociais, políticos, econômicos e familiares, o qual tendem a influenciar no dia a dia desse público.

3.2. O tratamento renal em meio às lacunas da rede de atenção à saúde e a influência do setor privado.

Ao longo do capítulo anterior foi destacado o aumento dos casos de insuficiência renal crônica ao longo dos anos, com isso, podemos destacar que esse fato revela a necessidade da identificação e tratamento dos fatores de risco ligados ao desenvolvimento da doença, além da importância do diagnóstico e tratamento precoce na busca por uma redução da progressão renal e da necessidade do Tratamento Renal Substitutivo para a continuidade da vida humana (Silva, 2019, p. 20).

Necessário destacar que é na atenção primária que ocorre a realização da identificação dos grupos de riscos para a Doença Renal Crônica, diagnóstico precoce, o tratamento da doença nos estágios iniciais e o encaminhamento dos casos para os médicos especialistas em tempo hábil, porém, diante do que foi mencionado anteriormente, podemos destacar uma fuga da ideia do diagnóstico e tratamento precoce, visto que a descoberta da insuficiência renal acontecer, em muitos casos, de forma tardia, fazendo, com que o indivíduo descubra ser portador da doença já nos estágios avançados e na emergência de iniciar o tratamento dialítico no nível de alta complexidade (Gordan, 2006; Godinho et al., 2006; Brasil, 2014 apud Silva, 2019, p. 21; Brasil, 2024). Diante do que é destacado por Sousa e Silva (2023):

Apesar das políticas de saúde, segundo a Constituição Federal de 1988, estarem voltadas ao direito à saúde como dever do Estado e direito de todos. O Estado ainda enfrenta dificuldades em oferecer este serviço de forma integral e de qualidade. A Estratégia Saúde da Família, enquanto instrumento preventivo e educador, nos primeiros degraus da saúde, mostram-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 serviço.

Através dessas análises, faz-se importante enfatizar que por mais que a política de saúde brasileira busque uma proposta de atuação em redes, com uma assistência baseada no princípio da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, o atendimento dos portadores de doença renal crônica se encontra quase que exclusivamente na alta complexidade, trazendo danos para a promoção e prevenção da saúde no nível da atenção básica, o qual tende a apresentar um prejuízo no avanço do manejo e rastreamento dos fatores de risco que venha a possibilitar a prevenção e a desaceleração da doença, na busca por reforçar uma melhor qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (Gordan, 2006; Godinho et al., 2006; Brasil, 2014 apud Silva, 2019, p. 21; Brasil, 2024).

Segundo o que foi destacado pelo Boletim Epidemiológico intitulado “Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023”, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pela Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

A APS desempenha papel fundamental na atenção às pessoas com DRC. Nesse contexto, diversos desafios se impõem às equipes que atuam na APS no que tange ao cuidado a essa população, dentre os quais se destacam: prevenção e controle dos fatores de risco associados à perda da função renal, diagnóstico precoce de DRC, gerenciamento do cuidado às pessoas com DRC nesse nível de atenção e avaliação da necessidade de encaminhamento aos demais pontos de atenção, quando necessário. Outro desafio refere-se à identificação dessa população nos Sistemas de Informação em Saúde, em especial no Sisab (Brasil, 2024).

Segundo análises realizadas por Silva (2019), por meio de fontes primárias, alguns indivíduos destacaram que a trajetória pelo cuidado à saúde no nível primário foi restrito e sem resolutividade, como indica os relatos a seguir:

“[...] cheguei também ir pra um posto de saúde lá no Vale das Pedrinhas que eu morava mais perto, mas não descobriu, depois foi pra emergência” (E.10-F).

“[...] porque antes eu tinha procurado lá o posto de Valéria, aí eles não, só fez me dizer que eu estava com o líquido retido, não descobriu que eu estava com meu ‘pobrema’ renal” (E.2-F).

“[...] então no posto de saúde, só diziam ‘Eu acho...’ pedia exames e não encaminhou diretamente pra o nefrologista” (E.7-F).

Com isso, podemos destacar, segundo os estudos realizados por Godinho et al. (2006) apud Silva (2019), em um serviço de diálise no estado da Bahia, que as falhas existentes na atenção primária estão relacionadas ao atraso no diagnóstico e nos encaminhamentos tardios para o médico nefrologista. Ademais, segundo os dados primários coletados por Silva (2019), o diagnóstico de doença renal foi dado aos pacientes no mesmo tempo em que ocorreu a indicação em caráter urgente e emergencial para a Terapia Renal Substitutiva em unidades hospitalares, como é indicado pelos relatos a seguir:

“[...] Eu fui direto pro hospital xxx... pra emergência, aí de lá mesmo que me levaram pra fazer o exame rápido, porque eu comecei a fazer o tratamento, o da hemodiálise... eu já cheguei já fazendo hemodiálise, que eles botaram logo o cateter no meu pescoço” (E.3-F).

“[...] Ele (o médico) disse até que eu ia ficar lá pra ficar internada, aí eu disse: ‘Não doutor! Eu não vou ficar aqui internada, não, eu vou embora pra casa e ele me olhando. ‘Você pode ficar logo aqui, você tem que começa a fazer esse tratamento logo agora!’ Eu disse: ‘Não! Eu venho amanhã! Amanhã pode ser que você não consiga!’” (E. 5-F).

“[...] arranhou a vaga aqui no Hospital xxxx, pra mim vim rápido, pra mim sair de lá três horas cheguei aqui sete hora! Aí pegou o carro e puxou aí eu disse: ‘Puxe logo!’ Eu vim ruim, e já comecei fazendo a hemodiálise” (E.6-M).

Ademais, usando como referência os relatos que serão apresentado a seguir, podemos observar que há uma inexistência de comunicação entre os serviços dos diferente níveis de atenção à saúde no cuidado percorrido pelos pacientes, apresentando uma fragilidade no sistema de saúde e na rede articulada:

“[...] então no posto de saúde, não encaminhou diretamente pra cá, fez a solicitação e pediu pra você procurar o nefrologista. E, eu nunca conseguia aí no XXX, marcar nefrologista, nunca...” (E.9-F).

“[...] o médico clinico no posto, pediu consulta com nefrologista, mas tive que pagar uma consulta” (E.12-M) (Silva, 2019).

Faz-se necessário destacar que a descoberta da doença renal de forma tardia não está somente relacionada a um cuidado prestado de forma não resolutiva por parte da atenção básica, mas também devido ao fato de que a maior atenção por parte dos pacientes está relacionada quando ocorre o agravamento da saúde (Silva, 2019), o que faz com que o indivíduo procure se consultar com um médico. Seguindo essa abordagem, é interessante destacar que os primeiros indícios e sintomas da Doença Renal Crônica são evidentes quando se atinge uma perda aproximada a 50% da função renal, com manifestações de inchaço, náuseas, falta de apetite, indisposição para atividades rotineiras e anemia. Em alguns casos, quando ocorre essas manifestações, não há a associação dos sintomas com o desenvolvimento da insuficiência renal por alguns profissionais e pacientes, acreditando que seja outro diagnóstico de saúde, o que dificulta a identificação precoce da doença (Cruz; Tagliamento; Wanderbroocke, 2016 apud Silva, 2019), como é apresentado nos relatos encontrados na tese de pós-graduação em saúde coletiva intitulado “Barreiras e dificuldades de acesso aos serviços de diálise por pacientes com doença renal crônica: o que revelam os seus itinerários terapêuticos?”, de Fabia Samuela Porte de Jesus da Silva (2019):

“[...] fiquei muito inchada, aí não consegui mais trabalhar, aí através disso, aí eu fiquei em casa, um mês, toda inchada, aí meu irmão que me pegou para me levar pra ir pra o XXXX” (E.3-F).

“[...] emagreci, em torno de dois meses antes de eu entrar em hemodiálise, eu emagreci bastante, cheguei aos 38 quilos, e comecei a tremer, eu trabalhava de

cabelereira e eu comecei a tremer, e eu vendo as coisas turva aí eu achei: ‘Não, deve ser cansaço ou labirintite, essas coisas’, aí eu pensei assim: ‘Vou no cardiologista!’” (E.4-F).

“[...] eu comecei a sentir os sintomas, eu sentia as pernas pesadas, a circulação e: também como se estivesse com um câimbra, é: dolorida, nesse dia que eu senti, esses sintomas mais intensamente... ainda coloquei uma meia Kandel, pensando que era circulação, mas não adiantou nada” (E.5-F).

“[...] assim pensando que eu estava gripado, com muito enjojo, sem querer me alimentar e fui perdendo peso, perdendo peso, perdendo peso” (E.10-M).

As principais causas relacionadas a descoberta tardia da doença estão relacionadas a ausência de cuidados preventivos em saúde, resistência ao tratamento, diagnósticos errôneos e características assintomáticas (Cruz; Tagliamento; Wanderbroocke, 2016 apud Silva, 2019).

Importante compreender que na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (Brasil, 2004) e na portaria nº. 389, de 13 de março de 2014, o qual define as diretrizes clínicas e os critérios de organização da linha de cuidado para o paciente com DRC na rede de atenção à saúde do SUS (Brasil, 2014), no processo referente à atenção primária há as estratégias diferenciadas de promoção à saúde e prevenção dos fatores de riscos ligados a insuficiência renal crônica, o diagnóstico precoce nos estágios iniciais e o encaminhamento para o especialista em Nefrologia em tempo suficiente, enquanto que na atenção especializada da média e alta complexidade apresenta a necessidade da realização do acompanhamento e tratamento interdisciplinar (Bastos; Kirsztain, 2011 apud Silva, 2019, p. 11). Pelo o que é analisado na política voltada a insuficiência renal crônica, há a presença dos princípios e diretrizes do SUS, principalmente a integralidade e hierarquização, porém as tensões entre o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista se encontra presente na política de saúde brasileira (Perusso, 2013, p. 51).

Devido a baixa eficiência do controle das doenças crônicas executadas pela atenção primária, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, o que tende a ocasionar um aumento pela demanda de tratamento na alta complexidade, há o processo de mercantilização no setor da saúde, com isso, é notório que a priorização de atendimento por meio da atenção básica se encontra distante da representação de organização do que é previsto no SUS e na política ao portador renal (Perusso, 2013, p. 53-54).

A aquisição de novas tecnologias deve responder a uma demanda de necessidade em saúde, geralmente partindo da própria atenção básica. E não um demanda de mercado, como se vê hoje, ou seja, “investir em saúde” quase sempre é uma aplicação com lucro certo e alto – a rede privada adquire uma nova tecnologia, daí para encontrar a clientela, em meio à falta de atuação dos órgãos públicos, é só uma questão de tempo e poder de convencimento do “investidor” (BRASIL, 2004, p.8 apud Perusso, 2013, p. 53).

Diante disso, é necessário mencionar que o tratamento dialítico, principalmente a terapia renal substitutiva na modalidade hemodiálise, e a disponibilidade de insumos para o

procedimentos são alvos dos interesses do setor privado e das multinacionais, devido a necessidade de um tratamento contínuo e de alto custo (Silva, 2019, p. 12; Nardino; Kruger, 2007 apud Silva, 2019).

Ao analisar o avanço dos interesses privados e multinacionais no processo de diálise, podemos destacar que o setor da saúde é uma chave para o avanço e formação dos oligopólios na produção de insumos, máquinas e tecnologias, tendo a alta complexidade como foco principal, devido ao alto grau de tecnologia presente nesse nível de atenção à saúde (Pescuma Junior et al., 2020).

Necessário enfatizar que apesar da presença do setor privado e das multinacionais, os serviços de diálise tem o setor público como principal financiador, porém no meio dessa contribuição pública há a atuação da valorização do capital oriundo de empresas estrangeiras (Pescuma Junior et al., 2020). Em relação a isso, é importante enfatizar que:

[...] o Estado, de forma mais acentuada no capitalismo neoliberal, acaba por atuar no econômico não mais pela gestão direta de serviços, como é o caso do setor saúde, mas por conceder, sistematicamente, incentivo ao setor privado (com grande componente de capital internacional) e como garantidor, por meio do fundo público, das taxas de lucro do setor saúde ((Pescuma Junior et al., 2020).

Em relação ao que foi apresentado, é perceptível que as necessidades sociais referente a Terapia Renal Substitutiva sejam ditas pelos oligopólios estrangeiros, gerando, assim, uma concentração de ofertas, o que destaca o planejamento de uma estrutura que busca favorecer as empresas de maior poder financeiro, apresentando uma restrição e instabilidade no acesso aos serviços de diálise. Com isso, pode-se observar que o avanço realizado pelas empresas de capital estrangeiro na saúde, em destaque para a doença renal substitutiva, apresenta mudanças na organização do acesso, assistência, custo e financiamento do tratamento no Brasil trazendo um obstáculo ao direito à saúde e na defesa do princípio da universalidade (Pescuma Junior et al., 2020).

Em suma, podemos perceber que ao longo dos anos, os casos de insuficiência renal sofreram um aumento e a necessidade pelo tratamento de diálise acaba sendo frequente na sociedade, o que traz aspectos sociais, econômicos, familiares no cotidiano dos envolvidos. Ademais, por meio de relatos podemos identificar a dificuldade de assistência do poder público no que se refere às políticas sociais e um avanço do setor privado na saúde com o intuito de obter lucro sobre as situações de adoecimentos da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) podemos perceber que a política pública de saúde ao longo da história do Brasil apresentou diversas características de atuação até chegar a política pública que conhecemos na atualidade. Com a elaboração e desenvolvimento da Constituição Federal de 1988, a Lei nº. 8080/90 e o Sistema Único de Saúde, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado brasileiro, com a disposição dos processos de promoção, prevenção, proteção e recuperação. Através da busca por superar a fragmentação da assistência e gestão, o modelo de atenção à saúde apresenta um atendimento integrado e horizontalizado para a população brasileira.

Para que ocorra esse acesso, há a presença das Redes de Atenção à Saúde, as quais estão constituídas pelos níveis de Atenção Primária à Saúde e Especializada, composta pela Média e Alta complexidade, as quais buscam atender as necessidades da população em suas diferentes demandas e gravidades.

Com o intuito de explicar de forma simples, a Atenção Primária à Saúde busca organizar e responder às necessidades prioritárias de saúde dos indivíduos com o desenvolvimento dos princípios de longitudinalidade e integralidade, além das atividades de promoção, prevenção de agravos agudos e crônicos, tratamento, diagnóstico, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Na atenção secundária, ou Média Complexidade, encontramos serviços especializados a nível ambulatorial e hospitalar com a presença de tecnologia considerada intermediária, o nível de atenção que possui em sua composição o atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e policlínicas, entre outros locais onde ocorre atendimentos de saúde, tendo a presença da assistência médica, nutricional e fisioterapêuticas, além de outros profissionais e especialidades. Ademais, na atenção terciária, ou Alta Complexidade, há o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e elevado custo, o qual podemos encontrar em hospitais gerais e de grande porte, hospitais universitários, centros de referência especializados com presença de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e centros cirúrgicos.

Voltado para a temática da saúde, o segundo capítulo deste trabalho teve como recorte a questão da Doença Renal Crônica, considerada um problema de saúde pública na atualidade, trazendo uma abordagem clínica do agravo, com a discussão dos estágios da DRC, as doenças-bases mais constantes, as formas de detecção, sintomas mais frequentes, a explicação sobre o tratamento de diálise e necessidade da assistência multiprofissional. Ademais, o

capítulo também aborda uma discussão acerca da política e portarias ligadas à insuficiência renal, apresentando a linha de cuidado e os fluxos assistenciais e atribuições dos níveis de atenção à saúde, com ações de prevenção, promoção, ambulatoriais e hospitalares e ao tratamento de Terapia Renal Substitutiva nas unidades de Nefrologia e transplante renal. Outro ponto também discutido neste capítulo esteve relacionado com o aumento no número de internações por insuficiência renal e de pessoas em tratamento de diálise no país e em cada região brasileira. O perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes em tratamento também foi apresentado através da análise de artigos e censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Por fim, o terceiro, e último capítulo, teve como principal destaque e discussão sobre os determinantes sociais da saúde que interferem na vida dos portadores de doença renal crônica e das lacunas assistenciais e interferências do setor privado existentes na política de saúde. No decorrer do capítulo há a discussão sobre as limitações desenvolvidas ao longo do tratamento, como físicos, emocionais, sociais, financeiros e familiares presentes no cotidiano desses indivíduos, com a interligação da experiência de estágio em Serviço Social no setor de Nefrologia de um hospital de média e alta complexidade. Na busca por exemplificar esses problemas, há a presença de relatos e reportagens encontrados em estudos acadêmicos e mídias de reportagens do grupo Globo, com o intuito de debater as dificuldades, barreiras, lacunas da atenção primária e influência do subfinanciamento da saúde e das políticas sociais, além da existência do setor privado no tratamento de diálise presente no nível de alta complexidade.

Em suma, podemos destacar que a política pública de saúde apresentou avanços na sociedade através dos princípios de universalidade e integralidade, porém é importante mencionar que a presença do setor privado e neoliberal tende a influenciar a gestão da política em meio a população que necessita, com a ideia de que o Estado não deveria interferir no âmbito social, mas sim desenvolver mecanismos para o crescimento do livre comércio mundial, o que acaba por desenvolver barreiras e lacunas nas políticas de assistência no Brasil.

REFERÊNCIAS:

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Nescon biblioteca virtual. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Evolucao_historica_das_politicas_d_e_saude_no_Brasil_decadas_de_60_e_90/47. Acesso em: 09 ago. 2025.

AMBONI, M. A.; SILVA, R. M. da; BRESOLIN, N. L.; PETRES, A. C. S.; OLIVEIRA, A. C. B. de; BUBA, C. G.; KAUTNICK, E. S.; STOCKSCHNEIDER, F. B. M.; STOCKSHNEIDER, L.; SANTOS, M. S. de; BALEM, L. Prevalência de pacientes com Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise no município de Mafra-SC. Brazilian Journal of Health Review, 2024.

Atenção secundária a saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://cdr.saude.sp.gov.br/area-restrita-enfermagem/enfermagem/atencao-secundaria-a-saude/>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN Rachel; KIRZTAJN Gianna Mastroianni. doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Associação Médica Brasileira 2010; v. 56(2): 248-253.

BARLONI, Leandra Maria. Há pedras no meio do caminho do sus: os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago/dez 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/7697>. Acesso em 13 jul. 2025.

BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS, 2007.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias, , Editora do Ministério da Saúde 3. ed., Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.168, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Real. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 15 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 1677, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor 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: Brasília, DF, 07 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico - Cenário da doença renal crônica no Brasil no período de 2010 a 2023, v. 55, 11 set. 2024.

Como Funciona a Hierarquização do SUS: Atenção Primária, Secundária e Terciária, 2025. Disponível em: <https://vivaosus.com/hierarquizacao-sus>. Acesso em 27 jul. 2025.

Dificuldade de obter tratamento para hemodiálise provoca internações desnecessárias de pacientes em hospitais públicos. G1 Jornal Nacional. 07 ago. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2025/08/07/dificuldade-de-obter-tratamento-para-hemodialise-provoca-internacoes-desnecessarias-de-pacientes-em-hospitais-publicos.ghtml>. Acesso em: 10 ago. 2025.

Doença renal crônica. Glossário de Saúde do Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Disponível em: <https://www.einstein.br/n/glossario-de-saude/doenca-renal-cronica>. Acesso em 09 ago. 2025.

Doenças Renais Crônicas. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/drc#:~:text=S%C3%A3o%20um%20termo%20geral%20para,sistemas%20de%20sa%C3%BAde%20no%20mundo>. Acesso em: 10 ago. 2025.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; DRAGO, Livia Crespo. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços, Rev. Latino-Am. Enfermagem, jan-fev. 2013.

FEBRE, Larissa; CANZIANI, Maria Eugênia Fernandes. Manual para pacientes com doença renal crônica: estágios 4 e 5. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2023 – 2024. Disponível em: https://sbn.org.br/wp-content/uploads/2024/11/ManualProntoDRC4e5_compressed.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

Falta de vagas para hemodiálise faz com que pacientes sejam internados para garantir tratamento em Campinas. G1, 2025. Disponível em: <

<https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2025/03/10/falta-de-vagas-para-hemodialise-faz-com-que-pacientes-sejam-internados-para-garantir-tratamento-em-campinas.ghtml>>.

Acesso em: 13 jul. de 2025.

GARCIA, G. G.; JHA, V. DRC em Populações Desfavorecidas. *Brazilian Journal of Nephrology (BJN)*, 2015.

GESUALDO, G. D.; DUARTE, J. G.; ZAZZETTA, M. S.; KUSUMOTA, L.; ORLANDI, F. de S. Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.03482019>. Acesso em: 10 ago. 2025.

GIL. A. C.; Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1987.

GOV, Ministério da Saúde. Articulação das Redes de Atenção à Saúde e APS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude#:~:text=As%20Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0,de%20Sa%C3%BAde%20e%20outros%20servi%C3%A7os>. Acesso em: 09 ago. 2025.

GOV, Ministerio da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=A%20m%C3%A9dia%20complexidade%20%C3%A9%20composta,oftalmologia%20entre%20outras%20especialidades%20m%C3%A9dicas>. Acesso em: 09 ago. 2025.

GOUVÊA, E. de C. D. P.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N.; MOURA, L. de. Autorrelato de diagnóstico médico de doença renal crônica: prevalência e características na população adulta brasileira, pesquisa nacional de saúde 2013 e 2019. *Rev. do SUS, Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200017.especial>. Acesso em: 10 ago. 2025.

GUIMARÃES, A. S.; PERES, P. L. P.; RODRIGUES, A. P.; SOUZA, F. S.; SOUZA, M. H. N.; PALASSON, R. R. Encaminhamento dos usuários com alterações renais ao nefrologista pela Estratégia Saúde da Família: estudo transversal, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.69392>.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. Rev. Temporalis ABEPSS. Ano 2, nº 3, janeiro – junho, 2001.

LAURIS, Patrícia. Pacientes que fazem hemodiálise e dependem de transporte da prefeitura reclamam da falta de acessibilidade: 'Muito sofrido'. G1, 2023. Disponível em: < <https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2023/04/12/pacientes-que-fazem-hemodialise-e-dependem-de-transporte-da-prefeitura-reclamam-da-falta-de-acessibilidade-muito-sofrido.ghtml> >. Acesso em: 13 jul. 2025.

LIMA, Rodrigo Rosa de. Os cinco estágios das doenças renais crônicas. Disponível em: <https://rodrigolimaurologia.com.br/os-cinco-estagios-das-doencas-renais-cronicas/>. Acesso em: 10 ago. 2025.

LOPES, R. de C.; SILVA, G. B. da; SILVA, J. W. F. da. Perfil dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise na cidade de Parnaíba – PI. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer - Goiânia, vol.6, n.9, 2010.

MARANHÃO, Universidade Federal do. UNASUS/UFMA. Níveis de complexidade da assistência aos pacientes com DRC. Joyce Santos Lages (Org.). São Luís, 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. A Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, p. 23 – 28. 2009.

NASCIMENTO, Felipe Cícero Pereira do. Avaliação de discrepância medicamentosa no tratamento farmacológico de pacientes atendidos em uma clínica de hemodiálise de um hospital universitário. 2023. 48 pags. Trabalho de Conclusão de Curso. – Farmácia, UFPE, Recife, 2023.

NEVES, P. D. M. de M.; SESSO, R. de C. C.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; NASCIMENTO, M. M.; Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. 2019. Disponível em: <https://doi.org/2175-8239-JBN-2019-0234>. Acesso em: 29 jul. 2025.

NAKATA, Liliane Cristina; FELTRIN, Aline Fiori dos Santos; FERREIRA, Janise Braga Barros. Construção de modelo lógico da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica. Rev. de Saúde Pública, 2023; 57:14. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004401>.

NERBASS, F. B.; LIMA, H. do N.; STROGOFF-DE-MATOS, J. P.; ZAWADZKI, B.; MOURA-NETO, J. A.; LUGON, J. R.; SESSO, R. Censo Brasileiro de Diálise 2023. Brasil, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2024-0081pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

OLIVEIRA, Adriana Maria de; AMORIM, Wellington Mendonça de; FELIZARDO, Daniela Bardoza. Evolução da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal no Brasil (1999 a 2004), Rev. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 5, núm. 3, p. 105-112, 2014. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; SOUTO, Lúcia Regina Florentino. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Rev. Saúde Debate, v. 40, N 108, p. 204 – 218, jan-mar 2016.

OLIVEIRA, J. A. de; QUEIROZ, T. T. da S.; ALMEIDA, C. J. D. de; ALMEIDA, L. R.; CARDOSO, J. M.; OLIVEIRA, D. V. de; LIMA, L. G. Dificuldades enfrentadas pelos pacientes dialíticos crônicos na adolescência: Relato de experiência. Research, Society and Development, v. 12, n. 8, e10612842916, 2023.

O que é transplante renal? Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2023. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/transplante-renal/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20transplante%20renal,na%20rotina%20di%C3%A1ria%20do%20paciente>. Acesso em 10 ago. 2025.

Pacientes enfrentam dificuldades para fazer tratamento de hemodiálise no Rio. G1, 2018. Disponível em: <
<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/30/pacientes-enfrentam-dificuldades-para-fazer-tratamento-de-hemodialise-no-rio.ghtml>>. Acesso em: 13 jul. 2025.

PACHECO, Hélder. Historia da saúde pública.

PRETTO, C. R.; WINKELMANN, E. R.; HILDEBRANDI, L. M.; BRBOSA, D. A.; COLET, C. de F.; STUMM, E. M. F. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise e fatores relacionados. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 2020.

PUERARI, Bruna Fernanda; SIQUEIRA, Saulo Eduardo Ribeiro; FARIAS, Vanessa Engelage. Compreendendo o tratamento renal substitutivo (TRS) enfatizando a importância do enfermeiro. Revista Thêma et Scientia – Vol. 12, no 2, jul - dez 2022.

PERUSSO, I. A. de O. Política nacional de atenção ao portador de doença renal: uma experiência no hospital universitário do Recife. 2013. 85 págs. Dissertação – Serviços Social, UFPE, Recife, 2013.

PESCUMA JUNIOR, A.; ALVES, D. F. de A.; MENDES, A. BOUSQUAT, A. Empresas de capital internacional e o sistema de saúde brasileiro: um estudo sobre terapia renal substitutiva. TEMAS LIVRES • Ciênc. saúde coletiva 26 (09), Set 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.20742020>. Acesso em: 10 ago. 2025.

Silva PAB, Silva LB; Santos JFG, Soares SM. Política pública brasileira na prevenção da doença renal crônica: desafios e perspectivas. Rev. Saúde Pública. 2020;v54:86. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001708>. Acesso em: 27 ago.. 2025.

SILVA, F. S. P. de J. da. Barreiras e dificuldades de acesso aos serviços de diálise por pacientes com doença renal crônica: o que revelam os seus itinerários terapêuticos. 2019. 66 págs. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

SOUZA, Clifftianny Alves; SILVA, Cármen Lúcia Lucas da. Doença renal crônica: uma análise dos determinantes sociais em saúde. Health Residencies Journal (HRJ). 2023;4(19):44-54, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v4i19.733>. Acesso em 10 ago. 2025.

SOUZA, A. C. S. V.; ALENCAR, C. K.; LANDIM, N. L. M. P.; OLIVEIRA, P. M. de S.; LEITE, C. M de C. Perfil epidemiológico da morbimortalidade e gastos públicos por Insuficiência Renal no Brasil. Research, Society and Development, v. 9, n. 9, e510997399, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7399>. Acesso em: 10 ago. 2025.

SOUZA, Tiago. Quais são os exames de média complexidade? Rio saúde, 2023. Disponível em: <https://riosauade.com/quais-sao-os-exames-de-media-complexidade/>. Acesso em: 09 ago. 2025.

SPIGOLON, D. N.; TESTON, E. F.; COSTA, M. A. R.; MARAN, E.; SOUZA, R. R.; MOREIRA NETO, A. Acessibilidade ao tratamento e estado de saúde de pacientes hemodialíticos. *Rev. enfermagem UFPE on line.*, Recife, v. 12(7): 1853- 1858, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a234685p1853-1858-2018>. Acesso em: 10 ago. 2025.

RAMALHO, Cibele Lopes de Santana Ramalho. Ações de palhaçoterapia e efeitos de variação fisiológica em pacientes renais em hemodiálise. 2017. 103 pág. Dissertação – Ciências da Saúde, UFPE, Recife, 2017.

Relatório da OPAS mostra que as DCNTs continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade nas Américas e alerta os países para que preparem os sistemas de saúde para uma população que envelhece rapidamente. Organização Pan-Americana da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/28-6-2024-relatorio-da-opas-mostra-que-dcnts-continuam-sendo-principal-cao-morte-e>. Acesso em: 09 ago. 2025.

RODRIGUES, L. B. B.; SILVA, P. C. dos S.; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. de A.; PINTO, I C.; MONROE, A. A.; ARCÊNCIO, R. A. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, 2014; 19 (02): 343 – 352.

SILVA, Fábila Samuela Porto de Jesus da. Barreiras e dificuldade de acesso aos serviços de diálise por pacientes com doença renal crônica: o que revelam os seus itinerários terapêuticos?. 2019. Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SHIMAZAKI, Maria Emi. A Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma no SUS e o Serviço Social. 23 ed. Recife, Editora UFPE, 2020.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressão da questão social no Brasil. *Rev. Temporalis – ABEPSS*. Ano 2, nº 3, janeiro – junho, 2001.