

## IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA: O PAPEL DA GESTÃO EM SAÚDE NA CIDADE DE SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL

Bruno Vinicius Rodrigues - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)  
Jairo da Luz Oliveira - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Submetido em: 19 de janeiro de 2023  
Aceito em: 30 de junho de 2023

### Resumo

Este estudo buscou identificar como se procedeu o processo de falência renal em idosos e as respostas da gestão municipal de saúde no município de Santa Maria. A metodologia utilizada foi a qualitativa, a discussão foi baseada no método dialético-crítico mediante análise epistemológica da realidade proposta por Marx, já a análise e interpretação dos dados foram embasadas pela análise do discurso proposto por Gagneten. Sendo assim, foi possível verificar que a ausência de um sistema público, universal, de saúde ante a criação do Sistema Único de Saúde em 1990, assim como a ausência de políticas públicas voltadas à prevenção e a promoção de saúde nesse período foram determinantes para o processo de adoecimento dos entrevistados. Além disso, foi evidenciado que os cuidados necessários para o tratamento das doenças de base foram negligenciados e insuficientes ao longo da trajetória de vida. Nesse sentido, foi possível verificar a relevância das ações de Atenção Primária para estes pacientes, uma vez que portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica necessitam incondicionalmente do suporte proveniente das políticas públicas de promoção, prevenção e autocuidado para manutenção e controle de suas respectivas situações de saúde. Não obstante, também foi possível compreender que o processo de adoecimento proveniente das patologias de base supracitadas deu-se de forma gradativa e sobretudo, silenciosa. Também foi constatado a baixa cobertura de atenção primária no município de Santa Maria e a dificuldade de encaminhamento à atenção especializada como fatores preponderantes no processo de falência renal. Assim, com a desassistência da atenção primária frente estes trabalhadores, doenças incapacitantes como a Doença Renal Crônica acabam emergindo silenciosamente durante o processo de envelhecimento, culminando na perda irreversível da função renal e a necessidade de tratamento por hemodiálise para manutenção da vida.

**Palavras-chave:** Doença Renal Crônica; Idosos; Gestão Pública de Saúde.

## ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: THE ROLE OF HEALTH MANAGEMENT IN THE CITY OF SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL

### Abstract

This study sought to identify how the process of renal failure in the elderly proceeded and the responses of municipal health management in the municipality of Santa Maria. The methodology used was qualitative, the discussion was based on the dialectical-critical method through the epistemological analysis of reality proposed by Marx, while the analysis and interpretation of the data were based on the analysis of the discourse proposed by Gagneten. Thus, it was possible to verify that the absence of a public, universal, health system, before the creation of the Unified Health System at 1990, as well as the absence of public policies aimed at prevention and health promotion in this period were decisive for the process of illness of the interviewees. In addition, it was evidenced that the necessary care for the treatment of underlying diseases was neglected and insufficient throughout the life course. In this sense, we were able to verify the relevance of Primary Care actions for these patients, since patients with Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension unconditionally need support from public policies for promotion, prevention and self-care for the maintenance and control of their respective situations of health. However, it was also possible to understand that the process of illness resulting from the aforementioned underlying pathologies took place gradually and, above all, silently. We also identified the low coverage of primary care in the municipality of Santa Maria and the difficulty of referral to specialized care as preponderant factors in the process of renal failure. Thus, with the lack of assistance from primary care for these workers, disabling diseases such as Chronic Kidney Disease end up silently emerging during the aging process, culminating in the irreversible loss of kidney function and the need for hemodialysis treatment to maintain life.

**Keywords:** Chronic Kidney Disease; Elderly; Public Health Management.

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), o Brasil atualmente possui 31,23 milhões de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, representando um percentual de 14,7% em relação ao total estimado. Nesse sentido, é importante ressaltar um aumento expressivo no contingente de idosos no país, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2021 nos últimos nove anos esta parcela representativa da população cresceu aproximadamente 39,8%.

O Estudo Longitudinal da Saúde dos idosos Brasileiros (2018) demonstra que quase 40% dos idosos possuem uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais, como diabetes, hipertensão ou artrite. Ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos no país possuem alguma condição crônica de saúde. Para Mendes (2014), o envelhecimento tem profundas implicações para o setor de saúde, particularmente quando se observa a modificação dos padrões epidemiológicos de morbimortalidade (ampliação das doenças crônico degenerativas e suas complicações e a redução gradual da importância das doenças infectocontagiosas), que é seguido por maior utilização dos serviços de saúde, geralmente por tempo mais prolongado e com ampliação dos medicamentos de uso contínuo (mais custosos).

Inserida no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, de acordo com Almeida (2019), a doença renal crônica (DRC) se refere a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e irreversível da função renal. Caracteriza-se pela deterioração das funções bioquímicas e fisiológicas de todos os sistemas do organismo, secundária ao acúmulo de catabólitos (toxinas urêmicas), alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, hipervolemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, anemia, hiperparatireoidismo, dentre outros.

A doença renal crônica atinge 10% da população mundial e afeta pessoas de todas as idades e raças. A estimativa é que a enfermidade afete um em cada cinco homens e uma em cada quatro mulheres com idade entre 65 e 74 anos, sendo que metade da população com 75 anos ou mais sofre algum grau da doença (BRASIL, 2014).

Os principais fatores de risco para DRC são diabetes mellitus, hipertensão arterial, envelhecimento e história familiar. Obesidade, dislipidemia e tabagismo aceleram a progressão da doença (GOUVEA, 2016). No Brasil, mais de 20% dos adultos são portadores de hipertensão arterial sistêmica, 8% de diabetes mellitus, 18% são tabagistas e 50% apresentam excesso de peso, estas estabelecidas importantes condições de base para sua evolução e perda progressiva de função renal (SESSO, 2016). Destarte, destaca-se a necessidade de intervenções precoces nas patologias crônicas ou também consideradas de

base, sobretudo no oferecimento de recursos, insumos, alocação e disponibilidade de um rol de ações e serviços os quais intervenham de forma precisa e oportuna aos pacientes implicados por estas condições crônicas de saúde.

Dessa forma, o presente estudo oportunizou refletir, intervir nessa realidade de desenvolver esta pesquisa, pois entende-se que ações preventivas na saúde assim como boas práticas de gestão em saúde são imprescindíveis para o estadiamento e controle das condições crônicas de saúde, evitando a perda progressiva de função renal ou até mesmo retardando a Doença Renal Crônica (DRC), desta forma, visualiza-se uma oportunidade de intervenção nesta realidade, merecendo um importante aprofundamento sobre este tema.

Nesse sentido, é importante citarmos os desfechos mais alarmantes da DRC, ressalta-se a mortalidade precoce por doença cardiovascular e a evolução para doença renal crônica terminal e necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS). A TRS consiste em hemodiálise, diálise peritoneal e transplante. (CHERCHIGLIA, 2010). No país, dados atuais apontam que mais de 100.000 pessoas são dependentes dessa terapia, sendo que 30% têm mais de 65 anos. De acordo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), estudos epidemiológicos demonstram que 90% dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica estão em hemodiálise, sendo 85% desse tratamento financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um gasto anual estimado em R\$ 2,2 bilhões (ALCALDE, 2017).

Desse modo, Magalhães (2015), cita a gestão em saúde, no sentido de que ela implica em administrar os organismos de saúde, avaliar as necessidades dos usuários, criar, aplicar e intervir políticas públicas de saúde para a população. Assim, a política nacional de atenção ao portador de DRC (2004), surgiu como um instrumento interventor no universo da DRC, constituído de normas, instrumentos, diretrizes a fim de orientar os gestores quanto a sua aplicação no cuidado juntamente aos pacientes portadores desta patologia bem como, formalizar uma política pública que também intervenha preventivamente na supressão de novos casos.

Dessa forma, realiza-se uma importante discussão em torno das relações estabelecidas tanto na política nacional de atenção ao portador de DRC como nas próprias políticas públicas em si. Ressalta-se atualmente, a imprescindibilidade das políticas públicas de saúde voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis e o papel norteador e ordenador da atenção primária à saúde no cuidado destes portadores. Nesse sentido, destaca-se a análise dos discursos dos sujeitos entrevistados, observando as trajetórias de vida, o adoecimento e o papel do Estado durante esta conjuntura, mais incisivamente no seu processo de adoecimento,

este, que acarretou na perda gradativa da função renal e a necessidade da realização de hemodiálise para a manutenção de suas vidas.

A presente pesquisa buscou identificar como se procedeu o processo de falência renal em idosos e as respostas da gestão municipal de saúde no município de Santa Maria tendo em vista o contexto sócio-histórico dos sujeitos trabalhadores que foram ao longo de suas vidas expostos a situações que comprometeram sua saúde desenvolvendo processos de adoecimento culminando em uma velhice marcada pela necessidade da hemodiálise. O recorte temporal da pesquisa foi compreendido entre os meses de Março de 2020 até Novembro de 2022, respeitando os trâmites estabelecidos pelo Comitê de Ética e Pesquisa, desde sua aprovação até o encerramento da pesquisa.

Justifica-se a realização deste estudo tendo em vista o crescente número de pacientes em hemodiálise no Brasil, a epidemia de doenças crônicas não transmissíveis como fatores preditores de perda irreversível de função renal e suas consequências para o Sistema Único de Saúde.

## 2 METODOLOGIA

A discussão do estudo foi baseada no método dialético-crítico através da análise epistemológica da realidade proposta por Marx, contemplando suas categorias centrais de análise da realidade: a historicidade, a totalidade e a contradição. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que de acordo com Minayo (2007) consiste na análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações, Minayo também explica que a pesquisa qualitativa consegue responder questões específicas, trabalhando com uma realidade que possui um universo de significados desta forma não podendo ser quantificados.

Em relação aos riscos aos participantes deste estudo, observa-se que estes foram mínimos, visto que poderiam haver distúrbios emocionais em relação ao seu contexto sócio-histórico de vida, foi disponível em tempo integral aos idosos entrevistados um profissional Psicólogo se houvesse necessidade de intervenção tanto no momento das entrevistas como posteriormente, assim como atendimento médico conforme fora previamente explanado na leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Com relação aos benefícios deste estudo, ressalta-se a contribuição para a melhora no manejo das ações de atenção básica para com os pacientes em risco de desenvolvimento de Doença Renal Crônica, as estratégias de rastreamento, estadiamento, controle e tratamento que podem ser adotadas para a melhora deste panorama dentro da realidade

pesquisada, assim como a discussão das práticas de gestão em saúde que contemplam este universo pesquisado para a melhora na gestão do cuidado em saúde pública.

O universo da pesquisa compreendeu o Município de Santa Maria, RS, que está localizado no Centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 292 Km de Porto Alegre. O município é o principal polo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado que é composta, administrativamente, pelas 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES). É integrante da 4ª CRS, juntamente com os demais 32 municípios: Agudo, Cacequí, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Jaguari, Jarí, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsnie, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Unistalda e Vila Nova do Sul, totalizando 575.

Este estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria, precisamente nas Unidades de Hemodiálise da Clínica Renal de Santa Maria, sediada em anexo ao Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo e juntamente ao Hospital Casa de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria.

A população analisada desta pesquisa compreendeu pacientes idosos com diagnóstico médico de Doença Renal Crônica em tratamento regular de hemodiálise no município de Santa Maria, RS, incluindo pacientes custeados através do SUS e convênios particulares de saúde no ano de 2022. Também foi compreendido um gestor que trabalha diretamente com as temáticas desenvolvidas neste estudo ao qual foi indicado pela secretaria municipal de saúde de Santa Maria, RS, para representar a instituição.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de uma entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2002) é mediante a aplicação da entrevista semiestruturada que o pesquisador consegue obter informes contidos na fala dos atores sociais, não significando apenas uma conversa despreziosa e neutra, mas sim conseguindo coletar fatos narrados pelos atores para assim compreender uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Deste modo, foram escolhidos intencionalmente 5 pacientes em tratamento hemodialítico, homens e mulheres, de diferentes classes sociais, sendo considerados critérios para inclusão: diagnóstico médico de DRC estágio terminal, idade igual ou superior a 60 anos sendo custeados tanto pelo Sistema único de Saúde como por convênios privados de saúde e

critérios para exclusão: idade inferior a 60 anos, assim como não apresentar diagnóstico médico de DRC estágio terminal. Para além destes sujeitos, foi entrevistado a gestão pública municipal da saúde, sendo responsáveis pela gestão das políticas de enfrentamento das condições crônicas de saúde.

Com a finalidade de atender os critérios éticos, o projeto de pesquisa foi primeiramente apreciado pelos locais de aplicação de pesquisa, assim autorizado formalmente pela comissão de ética da Clínica Renal de Santa Maria e posteriormente ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Santa Maria, órgão anexo à Prefeitura Municipal. Posteriormente o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, reconhecido pela Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP), e aprovado sob o número 51586521.8.00005346. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização das entrevistas, assim concordando com as suas devidas participações nas mesmas. Foram assegurados aos respondentes todos os esclarecimentos que envolvem a pesquisa, bem como a possibilidade de retirar a qualquer momento o consentimento de participação do estudo sem quaisquer tipos de penalização.

A participação na pesquisa foi facultativa, e os participantes foram informados que poderiam desistir se assim fosse sua vontade. A fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes foram utilizadas codificações para os pacientes entrevistados (U1,U2,U3,...), para os gestores (G1,...), assegurando que seus nomes não fossem revelados.

Devido às características diferentes de cada segmento, foram criados dois roteiros diferentes de entrevista, sendo um para os pacientes e outros para a gestão de saúde. As entrevistas ocorreram de forma presencial, por telefonema e por videochamada, todas estas foram realizadas mediante agendamento prévio, foram gravadas em arquivo de áudio e posteriormente transcritas em sua totalidade, com a autorização de cada um dos participantes.

A análise e interpretação dos dados coletados foram embasados pela metodologia de análise do discurso embasado Gagneten (1987), que atua numa abordagem dialético-crítica. O método desenvolvido por Gagneten apresenta-se em etapas que não são estanques, fechadas, indicando diferentes fases de um mesmo processo, ordenado a prática do presente estudo. As fases que constituem o referido método de análise são: reconstrução, análise, interpretação, conceitualização, generalização, conclusão e elaboração de propostas. Essas fases se relacionam e compõem todo o processo de análise. As entrevistas referentes a este estudo foram realizadas entre os meses de Março e Agosto de 2022.

Após a transcrição das entrevistas, de acordo com a metodologia de Gagneten (1987), o material foi lido com atenção pelo pesquisador e os fragmentos que mais se destacaram foram separados para análise. Na análise buscou-se compreender quais foram os pontos em comum abordados pelos entrevistados, bem como quais foram os pontos que mais chamaram atenção. Passou-se então ao que a autora chama de conceitualização, nesta fase, buscou-se entender as categorias emergentes nas falas dos sujeitos para assim dialogar com os teóricos que embasam a presente pesquisa.

Quando ao atendimento dos preceitos éticos, inicialmente o projeto foi analisado pelo Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas da UFSM, posteriormente foi à apreciação da Clínica Renal de Santa Maria e para a Prefeitura Municipal de Santa Maria para obtenção das autorizações institucionais para a realização da pesquisa, e então fora cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) juntamente com o Termo de Confidencialidade.

A produção dos dados somente iniciou após a autorização do CEP, anteriormente à apreciação ao comitê foi realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente aos possíveis entrevistados, desta forma, garantindo os preceitos éticos da pesquisa. O TCLE foi entregue em duas vias, assinados pelos participantes, estes ficando com uma via e outra com os pesquisadores, sendo que o pesquisador apresentou a justificativa e os objetivos da pesquisa, comprometendo-se em preservar a privacidade dos participantes e das informações coletadas, garantindo o anonimato, a utilização das informações para fins científicos, assumindo os preceitos éticos que regulamenta as normas com pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

### **3 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

A partir das análises realizadas, passamos a compreender mediante a fala dos idosos entrevistados, de que forma o processo de dano renal se estabeleceu, bem como também observando as contradições, o contexto sócio histórico, e a totalidade dos fatos vivenciados durante suas trajetórias de vida bem como as dificuldades encontradas por estes entrevistados e a realidade das ações em saúde desenvolvidas no município palco desta pesquisa.

Nesse sentido, ao tratarmos as falas dos sujeitos entrevistados, estas foram de grande valor, no sentido de poder mostrar a realidade de vida vivida neste mesmo cotidiano, nos

afirmando: “[...]Eu era faxineira, chegava a fazer duas faxinas por dia, descobri que estava doente quando estava trabalhando, não conseguia mais caminhar”. Entrevistada U3. Mulher de 61 anos, previamente hígida, ou seja, desprovida de comorbidades ou patologias que acometam sua saúde, desenvolveu doença renal crônica terminal com início há cerca de 10 anos. Observa-se na fala da idosa, quando a mesma discorre sobre seu processo de adoecimento renal crônico, esta relatou como seu trabalho estava determinando sua rotina de vida, seu cotidiano, não tendo a capacidade de perceber a importância de observar os sinais do seu processo de adoecimento devido a necessidade de seu envolvimento contínuo no mundo do trabalho. A entrevistada, assim também relatou: “[...]Comecei a perder a função renal há 10 anos”. Isso remonta à tese de Heller (1994), onde o trabalho cumpre uma função social de contemplação das necessidades sociais, nesse caso, observamos na fala da entrevistada a qual trabalhava na informalidade, desprovida da seguridade social, como o trabalho surge como uma categoria indispensável à sua sobrevivência.

A forma como as famílias se organiza tanto hoje como no passado, muitas vezes, persistem, sobretudo com as famílias mais empobrecidas, fazendo com que o trabalho seja a realidade mais emergente como ocupação de vida, pois precisam garantir a sua sobrevivência. Todavia, observamos uma grande contradição no próprio processo educativo preventivo, colocado no sentido de que muitas vezes os sintomas não aparecem de uma forma clara, mas isso não impede que venhamos estabelecer processos educativos para alertar as pessoas dos cuidados clínicos para que se possam prever os sinais ou sintomas mesmo que estes sejam silenciados. Isso deve ser uma preocupação do próprio Ministério da Saúde, no que se refere às Doenças renais crônicas. na fala dos sujeitos, como observamos na fala do entrevistado U4:

*“[...]Nunca senti nada, aí um dia fiquei mal, tive que ir na UPA e a médica disse, se o senhor não baixar agora no hospital o senhor vai entrar em óbito. Daí eu disse pra minha esposa, ela repetiu: se ele não fazer hemodiálise ele vai entrar em óbito. Eu estava amarelo, o que eu vou dizer”.*

Essa colocação nos remonta a discussão da forma como a sociedade do capital se apropria do sujeito, forçando a uma vida de extrema dedicação ao trabalho, para na maioria das vezes receber um retorno financeiro ínfimo. No caso desse entrevistado, desempenhou seu trabalho como Ferroviário durante sua vida, adquiriu o diagnóstico de Diabetes enquanto trabalhava e foi perdendo gradativamente a função renal ao longo do tempo, necessitando de hemodiálise há cerca de 6 anos, isto nos remete a refletir no quanto precisamos abrir espaços em nossas vidas para que possamos ter um cuidado com nós mesmos, sobretudo, nossa saúde

tanto nas informações que recebemos no âmbito geral da sociedade mas particularmente nas ações que deveriam ser implementadas junto à atenção primária.

Dessa forma, remontamos a colocação de Bastos (2011), afirmando que o desfecho para a DRC está diretamente impetrado nas ações de atenção primária, citamos três ações principais, necessárias para sua efetividade: a) tratamento adequado e oportuno dos fatores de risco da DRC; b) detecção precoce (diagnóstico e rastreamento em população-alvo); e, c) encaminhamento em momento oportuno para a atenção especializada (BASTOS, 2011).

Sendo assim, é importante citarmos que durante o processo sócio-histórico de envelhecimento do trabalhador, hoje idoso, particularmente aqui analisados, o advento de um sistema de saúde público, universal e gratuito veio emergir apenas no ano de 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo o Sistema Único de Saúde e foi com o passar dos anos que o sistema foi se organizando e ampliando suas ações no território do país, sendo assim, consideramos as ações de atenção primária incipientes no que diz respeito à estes sujeitos entrevistados, levamos em consideração que todos os sujeitos da pesquisa possuem idade igual ou superior a 60 anos, e que na época em que iniciado o SUS, estes sujeitos possuíam um mínimo de 32 anos de idade, estavam no auge de suas atividades laborais.

Ressaltamos então que neste momento histórico da vida desses sujeitos, anteriormente à criação do Sistema único de Saúde, o modelo sanitário praticado no país era o modelo Biomédico, voltado apenas à medicina curativa, a qual não previa ações de prevenção e promoção da saúde, o que refletiu diretamente na vida cotidiana e no processo de adoecimento desses sujeitos. Nesse sentido, trazemos a fala dos entrevistados para entendermos como se dava o processo de atendimento à sua saúde na época e com o passar dos anos. Observamos na fala do entrevistado U4 “[...]Eu comecei a ir no posto de saúde próximo de casa depois que parei de trabalhar, aí eu ia ali perto de casa no Itararé, lá eu ia consultar.

Como vemos na fala do sujeito acima, o mesmo não tinha o hábito de frequentar uma unidade básica de saúde, ou até mesmo uma estratégia de saúde da família (ESF). Conforme anotação de diário de campo do pesquisador. Foi observado que este sujeito era empregado público, o mesmo possuía atendimento médico direcionado aos funcionários na empresa ao qual era vinculado como trabalhador, fazendo com que o entrevistado não se sentisse motivado a buscar à Atenção Primária como forma de se poder ter um cuidado ampliado à saúde que pudesse lhe garantir um olhar mais preventivo sobre as Doenças Crônicas, como aqui majoritariamente observadas, DM e Hipertensão Arterial Sistêmica. Buscando

atendimento preventivo e promotivo à sua saúde somente após sua aposentadoria devido ao processo de adoecimento por perda de sua função renal. A usuária entrevistada abaixo irá seguir o mesmo processo como referido supracitadamente. Não realizava consultas de rotina ou até mesmo preventivas na Atenção Primária à Saúde.

Posteriormente, a entrevistada U2 afirma: “[...]Antes de eu perder a função renal eu nunca consultei, nunca tinha nada, mais que uma gripe nada tinha me dado e depois sempre consultei na Hemodiálise”. Esta última entrevistada, possuía 18 anos de idade quando perdeu a função renal pela primeira vez, possuía o diagnóstico de Hipertensão Arterial, conseguiu transplante Renal mediante doação de sua mãe, mantendo o rim em funcionamento por 23 anos e 10 meses, posteriormente necessitando de HD novamente, nesse momento a entrevistada aguarda na fila novo transplante.

Destaca-se que pacientes transplantados podem permanecer com os rins funcionando por vários anos (mais de 10 anos), mas em alguns casos o tempo de duração de funcionamento do órgão não é tão longa (LORES, 2019). A Sociedade Brasileira de Nefrologia cita que as características relacionadas ao paciente que recebeu o órgão, como número de transfusões sanguíneas, transplantes anteriores; intercorrências ocorridas no momento do transplante renal e ao próprio órgão que foi doado impactam diretamente na duração do funcionamento do rim transplantado. Outro fator que influencia o tempo de funcionamento do rim é o uso correto dos imunossupressores. Também, ressalta-se que o rim transplantado pode ser acometido com algumas doenças que poderão alterar sua função, como as infecções urinárias, obstruções na via de saída de urina e rejeições aguda ou crônica (nesta situação, o organismo do paciente passa a reconhecer o rim recebido como estranho), rejeitando o órgão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2023).

Após esta colocação necessária para a compreensão a respeito da sobrevida do órgão transplantado, volta-se a discussão ao contexto do acesso aos serviços públicos de saúde e o processo de adoecimento tendo em vista o universo do trabalho que acabou culminando na perda de função renal dos sujeitos entrevistados, nesse sentido, trazemos a fala da entrevistada U1: “[...] Eu não fiz tratamento nenhum pra preservar mais um tempo para entrar na HD, eu sabia que estava ficando doente, eu simplesmente ignorei o que eu tinha, sabia que era renal mas eu não aceitava”. Ela continua: “[...]Não fazia exames de rotina, Eu não me cuidava!, nunca me cuidei!”. A entrevistada, possui atualmente 68 anos de idade, trabalhou como professora durante sua vida, hoje aposentada, relata que possui convênio privado de saúde, e que também possuía na época em que trabalhava, a mesma também refere que: “[...]”Eu

*tocava minha vida, meu trabalho, certíssima de que não tinha problema nenhum, e quando eu vi, estava com 10% da função renal.*

Desse modo, observamos a congruência entre as atividades laborais e o cotidiano de vida dos sujeitos entrevistados, e como a categoria trabalho é manifestada, atestando uma relação direta com o processo de adoecimento. Nesse sentido, também compreendido o processo de envelhecimento, pois com o aumento gradativo da idade observa-se a associação direta com o aumento da frequência de doenças crônicas como já citado anteriormente nos capítulos anteriores, destacamos o DM tipo 2, tipicamente diagnosticada em idosos, aproximadamente um quinto dessa população apresenta a doença, em função de mecanismos fisiopatológicos inerentes ao processo de envelhecimento mas também diretamente associado a fatores de risco modificáveis como inatividade física, alimentação inadequada, aumento da obesidade, assim como maior oportunidade de diagnóstico (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

Destarte, trazemos a fala do sujeito U4, que explicita como a Diabetes pode ser danosa se não acompanhada seriamente: *[...]Eu fiquei cego, de uns 5 anos pra cá por causa da diabetes.*

A cegueira é uma das complicações microvasculares que podem acometer o paciente portador de diabetes se não acompanhada e tratada adequadamente, nesse sentido, olhando a trajetória de vida do entrevistado, observamos um cotidiano de vida voltado inequivocadamente ao universo do seu trabalho, o que vai de encontro aos outros entrevistados, contudo nesse caso, as atividades laborais, o trabalho braçal desempenhado na ferrovia desempenhava a condição de sobrevivência de sua família, e portanto, a saúde do entrevistado acabara por ficar deixada de lado, ele afirma: *[...]”Dentro da rede ferroviária a gente fazia as consultas, tinha médico, então não ia em outro lugar consultar”.*

Com este relato supracitado, subentende-se que o entrevistado não tinha como hábito consultas de rotina, mas sim, consultas pontuais, quando alguma situação aguda o infringia ele procurava atendimento. A Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima (RFFSA), foi extinta em 1997, contudo anteriormente ao SUS, como o sujeito exercia vínculo trabalhista à empresa estatal, o entrevistado tinha então um direito que na época era para poucos, o acesso à saúde.

Cabe ressaltar, que na época, o modelo de saúde adotado anteriormente ao SUS era estritamente biomédico, voltado para situações pontuais. Promoção e prevenção à saúde praticamente não existiam no país ante o estabelecimento do SUS e o advento das políticas de

Atenção Primária à Saúde. Corroborando à tese, trazemos a fala da entrevistada U3: [...] *Antes de eu perder a função renal eu nunca consultei, nunca tinha nada, mais que uma gripe nada tinha me dado, aí depois que eu comecei a trabalhar tinha o IPÊ, aí consultava por lá.*

Assim, com base nos relatos, podemos entender que houve uma relação danosa à saúde dos sujeitos, ocasionadas devido à adoção e aplicação do modelo Biomédico de Saúde no país, tendo em vista que não houve a utilização da promoção e da prevenção de doenças, muito menos intervenção nos fatores de risco modificáveis vivenciados pelos entrevistados. A constante intervenção, apenas, quando em situações agudas, demonstra a inequívoca gravidade que estes trabalhadores, hoje idosos, passaram sem ter o tratamento ou a intervenção oportuna durante sua trajetória de vida. Uma complicação proveniente do cuidado inadequado da Diabetes para além da Doença Renal Crônica Terminal é a cegueira, como mencionado pelo entrevistado U4. [...] *Perdi a visão há 4 anos!*

As publicações encontradas na literatura, os manuais do Ministério da Saúde, não apontam diretamente o trabalho como fator de risco para tais complicações cardiovasculares, contudo, observamos a relação direta dos processos concernentes ao universo do trabalho juntamente aos fatores de risco associados às doenças crônicas, principalmente no que tange ao Diabetes Mellitos e a Hipertensão Arterial Sistêmica. Para isso, observamos nas falas supracitadas que a vida cotidiana dos entrevistados era voltada a realização de suas atividades laborais. Nesse sentido, a alimentação adequada, saudável, a prática de exercícios físicos, as consultas preventivas de saúde, assim como o tratamento adequado para doenças crônicas, nesse estudo, ressaltadas a DM e a HAS, não foram observadas, abrindo caminho para a evolução lenta e silenciosa dessas patologias, o que acabou por determinar a perda de função renal dos sujeitos entrevistados.

Segundo as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (2021) e da Organização Internacional do Trabalho (2021), ocorreram 745 mil mortes por acidente vascular cerebral e doença isquêmica do coração em 2016, um aumento de 29% desde 2000. A análise global sobre a perda de vidas e saúde observou uma associação direta a longas horas de trabalho, a OMS e a OIT estimam que, em 2016, 398 mil pessoas morreram por acidente vascular cerebral e 347 mil por doenças cardíacas como resultado de ao menos 55 horas de trabalho por semana. Entre 2000 e 2016, o número de mortes por doenças cardíacas devido a longas jornadas de trabalho aumentou 42% e, por acidente vascular cerebral, 19% (OMS, OIT, 2021).

A carga de doenças relacionadas ao trabalho é particularmente significativa entre homens (72% das mortes ocorreram entre eles), pessoas que vivem nas regiões do Pacífico Ocidental e do Sudeste Asiático e trabalhadores de meia-idade ou mais velhos. A maioria das mortes registradas ocorreu entre pessoas com 60-79 anos, que trabalhavam 55 horas ou mais por semana entre as idades de 45 e 74 anos. Longas jornadas de trabalho são sabidamente responsáveis por cerca de um terço da carga total estimada de doenças relacionadas ao trabalho, estabelecidas como fator de risco extremamente relevante para a evolução de condições crônicas de saúde, como o DM e Hipertensão, como observadas neste estudo.

Outro achado a ser destacado é que neste estudo fora observado um fenômeno importante durante a trajetória de vida dos entrevistados. Suma maioria não teve acesso à Atenção Primária, notoriamente, inexistente no país ante a criação do SUS e seu estabelecimento em 1990, dessa forma, trazemos a fala da entrevistada U3 a qual remete exatamente o tema na perspectiva do acesso aos cuidados primários de saúde, sobretudo na prevenção e na promoção da saúde: “[...] *Eu não usava o SUS, consultava particular*”.

Assim podemos verificar na fala da entrevistada de que forma a saúde era executada no país há cerca de 30 anos, e também se observa como o comportamento dessa trabalhadora impactou diretamente na sua saúde, negligenciando os cuidados básicos associado à desinformação e ausência de políticas públicas voltadas a prevenção, tratamento, acompanhamento e recuperação da saúde desses sujeitos, assim diante o exposto, indo de encontro as teses de Oliveira (2003), quando afirma que o trabalho sofre determinações que estão relacionadas diretamente com o modo de vida dos sujeitos. Nesse sentido, ressaltamos posteriormente o momento em que a entrevistada se viu enferma, doente, quando não conseguia mais realizar o seu trabalho, ela afirma: “[...] *Eu não sentia nada muito específico, foi de repente que eu me senti mal, não conseguia caminhar, minhas pernas inchavam*”.

É nesse momento que o trabalho deixa de ser um espaço de realização, e passa a se tornar um espaço de sofrimento, invertendo totalmente seu sentido como citamos anteriormente. Wunsch (2001), explica:

*“Dir-se-ia que o processo que se estabelece no binômio saúde-doença do trabalhador é construído de diversas formas, e seu motivo de existir está relacionado no contexto das relações sociais, engajadas com as formas de existência da população, de modo geral”.*

Destarte, trazemos a fala da entrevistada U1, a qual corrobora com a tese, demonstrando como o modo de vida, e a maneira como a entrevistada priorizava suas escolhas no seu cotidiano de vida impactou diretamente no seu processo de adoecimento

crônico, sobretudo, ressaltou mais uma vez, como a silenciosidade dos danos provenientes por condições crônicas ocasionaram o dano renal, e como este processo de adoecimento prevaleceu equânime, ou melhor, muito próximo um dos outros, no que tange aos participantes deste estudo. A entrevistada U1 relata: “[...] *Eu não cuidava da alimentação, não cuidava de nada, minha vida eu tocava certíssima de que não tinha problema nenhum e quando eu vi, eu estava com 10% da função renal*”.

O Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Cardiologia explicam como fisiologicamente ocorre este fenômeno, silencioso, de dano renal. Nesse sentido, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular, onde o indivíduo apresenta muito mais aterosclerose (processo inflamatório que ocorre na parede dos vasos sanguíneos), podendo levar ao AVE (Acidente Vascular Encefálico), Insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência vascular periférica e a doença renal, esta última, um dos temas centrais deste estudo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2020).

Para além da Hipertensão Arterial Sistêmica, outra comorbidade extremamente relevante do ponto de vista da saúde pública e que fora manifestada nesse estudo como condição preditora para DRCT é a Diabetes Mellitos, doença multifatorial, de alta prevalência, no mundo, sobretudo na população brasileira. Para diversos autores, o aumento da prevalência do diabetes está associado a múltiplos fatores como urbanização e o modo de vida, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional. A Sociedade Brasileira de Diabetes (2020), em suas diretrizes, aponta que no Diabetes Tipo 2, seu início pode ser insidioso por não apresentar sintomatologia, podendo não ser detectada por muitos anos, assim injuriando silenciosamente o organismo de seus portadores. Dessa forma, trazemos a fala do sujeito U4, diabético, onde o mesmo relata como fora efetivado o seu processo de adoecimento enquanto desempenhava suas atividades laborais como ferroviário: “[...] *Perdi a função renal de repente, eu tinha diabetes. Trabalhava, era ferroviário, remédio sempre tomei para diabetes, tratando né. Vai fazer 6 anos que eu faço HD, nunca faltei um dia*”.

O entrevistado também referiu que soubera de seu diagnóstico de Diabetes Mellitos enquanto jovem trabalhador. Assim como para com os outros entrevistados, na época ao qual trabalhava, não havia no país um sistema público, gratuito, de saúde, entretanto, o sujeito U4, como possuía vínculo formal trabalhista, tinha direito a consultas médicas, pois existia o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o qual era

financiado mediante desconto salarial dos trabalhadores formais. De acordo com a Fiocruz, saúde e previdência andavam juntos neste período que antecedeu o SUS. Para o restante da população, os quais não exercessem atividade remunerada, a qual contribui para este sistema, nenhuma garantia ou direito era outorgado. A maior parte dos previdenciários do país era pobre.

Essas informações são de extrema relevância para a compreensão e entendimento entre a associação de diversos fatores os quais vieram atingir silenciosamente a saúde do trabalhador, hoje idoso. Existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com o diabetes bem controlado. Apesar disso, em algumas circunstâncias, as complicações do diabetes são encontradas mesmo antes da hiperglicemia, evidenciando a grande complexidade desse distúrbio metabólico (DA SILVA, 2021).

Neste estudo, também foi possível observar de que forma o manejo inadequado das patologias de base, condições crônicas de saúde, aqui compreendidas mais incisivamente o DM e a Hipertensão, podem ocasionar processos danosos à saúde dos trabalhadores entrevistados, hoje idosos. É possível identificar mediante seus relatos, como a vida cotidiana se desenvolvia inequivocadamente, insidiosa, ou seja, como as atividades de vida diária, sejam quaisquer, eram desenvolvidas sem que houvesse algum sinal ou sintoma percebido ou identificado em relação as suas patologias de base. Assim observamos a seguinte explanação do entrevistado U5: [...]” *A diabetes começou lá atrás (conotação de tempo transcorrido), depois veio o coração, depois veio a anemia, problema renal e agora me deu um AVC, há poucos dias, tudo é consequência da diabetes né”*.

Dessa forma, é importante citar que mediante as falas dos entrevistados e tendo em vista a literatura utilizada para corroborar a este estudo, como já citamos, a DM pode resultar em muitos processos danosas à saúde de seus portadores se não tratada adequadamente. Nesse estudo, observamos a apresentação de complicações como cegueira, doenças coronarianas, infarto agudo do miocárdio, como situações trazidas nas falas dos participantes provenientes da associação trabalho, doença de base, mal controle desta, associação com outra patologia, mais incidente a Hipertensão, inexistência de política de saúde e acesso deficitário aos serviços de saúde. Dessa forma, inequivocadamente, percebe-se que com essa cadeia de eventos provém uma grande oportunidade para complicações, assim como para outros graves processos danosos à saúde, colocando a vida destes sujeitos em altíssimo risco

Em relação as ações realizadas pela gestão da saúde para enfrentar o universo das doenças crônicas dispostas no processo de perda irreversível de função renal é importante observar os recursos alocados, bem como a estrutura de atenção primária distribuída pelo seu território. Sendo assim, de acordo com o panorama do IBGE de 2021, em torno de 285.159 pessoas habitam esta cidade, localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo o Plano Municipal de Saúde do município, atualmente, o mesmo conta com 34 unidades básicas de saúde. Sendo, 20 equipes de ESF e 14 equipes de atenção primária à saúde, nesse contexto distribuídas em Unidades Básicas de Saúde, onde 09 destas possuem Equipe de Saúde Bucal.

Realizando uma matemática simples, citamos a Portaria 2436 de 2017, a qual aborda a nova política de atenção primária do Brasil, a qual aponta o limiar de pessoas a serem compreendidas na política de Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma, a portaria estabelece que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (EAB) e de Saúde da Família (ESF) deve variar entre 2.000 a 3.500 pessoas, assim localizadas dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica, neste estudo citada como atenção primária à saúde.

Nesse sentido, ao realizar o cálculo para obtenção do número de ESFs a serem compreendidas como ideal neste município, chega-se ao número de 142 unidades de saúde se observado o limite de 2000 pessoas adscrita por área, e 81 unidades se fosse optado por seguir o limite máximo observado na nova política Nacional de Atenção Primária do Brasil. Dessa forma, conforme o Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria (2022), observa-se o número de 34 unidades de saúde de atenção primária, assim engaja-se a análise dos achados para assim compreender o contexto ao qual as políticas de saúde são colocadas para com os usuários dos serviços públicos de saúde, bem como suas devidas relações com o processo de adoecimento renal crônico.

Com relação a oferta de serviços de saúde e o que há de política e ações para os pacientes portadores de doenças crônicas, pacientes em risco de adoecimento renal crônico para conseguinte perda de função renal, a secretaria de saúde do município, mediante sua representante G1, explana: [...]” *A Atenção Primária rastreia, faz o diagnóstico precoce. Esse é o nosso papel, prevenção e promoção*”. Tendo em vista o número de cobertura da política de atenção primária no município, tendo como percentual, apenas 41,97% de cobertura, se utilizarmos na base de cálculo, o número máximo de 3500 pessoas cadastradas como cita a nova política nacional de saúde, conseguimos perceber a gravidade do cenário ao qual os

pacientes portadores de doenças crônicas, ou com fatores preditores à doença renal crônica terminal estão inseridos.

Tendo em vista que a Atenção Primária é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, onde deveria possuir um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, cumprindo papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade do cuidado à saúde, não apenas para com a promoção e a prevenção. A política nacional de atenção primária, trata com um de seus eixos principais a alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além do relevante papel como política articuladora com outros pontos da rede de atenção à saúde, desse modo, além da baixa cobertura de atenção primária no município e de acordo com a secretaria municipal do município, ao focar apenas na promoção e na prevenção, esta política de saúde acaba por não atender a um ponto chave da política nacional de atenção primária, a resolutividade. Ao encontro à tese, cita-se também as percepções encontradas no estudo de Rodrigues (2022), onde a autora enaltece a correlação entre resolutividade e integralidade, esta última, no sentido de ser concebida como um eixo prioritário de qualquer política pública de saúde

Não obstante, cabe ressaltar como os processos de adoecimento renal crônico mencionados pelos idosos entrevistados neste estudo, podem se repetir silenciosamente no momento atual, na medida em que o número de pacientes em risco pode ser consideravelmente elevado tendo em vista que mais de 50% da população do município de Santa Maria pode não estar ou não ter sido em algum momento rastreada ou sequer, ao menos, possa ter realizado algum acompanhamento de sua situação de saúde. Isso demonstra a gravidade da situação ao qual podemos enfrentar com o avanço do diagnóstico tardio de comorbidades, silenciosas, como o Diabetes Mellitos tipo 2 e a Hipertensão Arterial Sistêmica. Exemplificando, pode-se citar a vida cotidiana dos trabalhadores, hoje idosos que realizam hemodiálise em forma regular para manutenção de suas vidas, repete-se e enfatiza-se a fala da entrevistada U3:

*“Comecei perder a função renal há cerca de 10 anos. Descobri que estava doente quando estava trabalhando, não conseguia mais caminhar e aí ele já viu que deu isso daí, morava no interior, eu era faxineira e dona de casa”.*

O que pode-se correlacionar de acordo com as observações referentes a uma das políticas públicas mais importantes do país, se não a mais importante, a política da Estratégia de Saúde da Família, é a extrema importância da saúde preventiva na vida da população, e

como o rastreamento pode ser benéfico até mesmo para aqueles pacientes que já possuem alguma comorbidade e estão em risco de ter algum processo de dano renal. Ao encontro à tese, destacamos como as políticas públicas formam um conjunto de estratégias, um sistema de decisões, para manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida, além disso, a gestão destas políticas públicas pode auxiliar na busca pela melhoria dos processos a assistência à saúde relacionados ao adoecimento da população (BEVILACQUA, 2021).

O que podemos constatar na fala da gestão municipal de saúde do município de Santa Maria é a preocupação e o reconhecimento em relação a baixa cobertura de atenção primária no município, tendo em vista às diretrizes da nova política nacional de atenção primária e seu eixo central voltado à estratégia de saúde da família, o número baixo de estratégias de saúde da família assim como de unidade de saúde no geral, acaba fragilizando os cuidados com os usuários, sobretudo no rastreamento precoce de comorbidades bem como sua estratificação de risco. Além de prejudicar a efetivação das políticas públicas e a utilização das ferramentas supracitadas como auxílio aos gestores do cuidado, nesse sentido segue a fala da entrevistada G1:

*“A nossa dificuldade é a cobertura de atenção básica para estratificar o risco, nós temos aproximadamente 50 e poucos por cento, então, temos aí uma população que fica fora que a gente está tentando fazer que pelo menos consigamos atender os de maior risco, de maior necessidade”.*

Ao observamos o percentual de 41,97%, obtemos em números totais, 119.614 usuários cobertos pela política de atenção primária no município, seja por estratégia de saúde da família, seja por unidade básica de saúde. Isso representa um déficit de aproximadamente 166.000 pessoas que estão à margem de cobertura, ou seja, não é de conhecimento da gestão municipal de saúde a respeito destas supracitadas, seu estado de saúde, comorbidades, tratamentos, dificuldades, necessidades, etc. O que acaba, como já citamos, fragilizando o processo de prevenção e tratamento, abrindo a possibilidade de agravos silenciosos como a Diabetes Mellitos, tipo 2 e a Hipertensão Arterial Sistêmica de firmarem raízes nesta parcela da população, injuriando silenciosamente a saúde destes indivíduos e acabando por estabelecer o processo de adoecimento renal crônico, culminando, ao longo do passar dos anos com a perda irreversível da função renal nestes pacientes.

Outro ponto que merece destaque, é a fragilidade em relação ao percurso do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde do município em análise, nesse estudo, em destaque os pacientes diabéticos e hipertensos, comorbidades com maior índice de manifestação como condições preditoras para perda irreversível da função renal entre os idosos entrevistados.

Sendo assim, observamos o fluxo a ser seguido pelo paciente portador de comorbidade, como ele percorre os diferentes pontos de atenção à saúde, distribuídos no município de Santa Maria, podemos visualizar como discorre a entrevistada G1, representante da gestão em saúde: [...]” *Um paciente de alto e muito alto risco a gente não trabalha só atenção primária, a gente compartilha o cuidado deles com o ambulatório de doenças crônicas do Hospital Regional de Santa Maria.*”

Para compreender de que forma se efetivam estes atendimentos no ambulatório da atenção especializada, a representante G1 discorre:

*“Chega a um estágio da doença que a agente não consegue manejar só com os núcleos profissionais que a gente tem nas unidades de saúde. Daí a gente vai precisar compartilhar o cuidado com uma equipe multidisciplinar. A gente vai precisar do oftalmologista do nefrologista, do psicólogo, do fisioterapeuta e pra isso daí a gente tem o ambulatório de doenças crônicas do hospital regional que é com quem a gente compartilha o cuidado desses pacientes de alto e muito alto risco”.*

Outro achado referente as falhas encontradas na rede de saúde foram em relação ao não atendimento do Estado do Rio Grande do Sul ao não assumir seu papel de executor da Atenção Especializada, uma grande falha de gestão do governo estadual em manejar e organizar estes processos de referência quanto à atenção especializada, que assim acaba por necessitar ações do poder municipal para suprir esta demanda, podemos verificar esta fragilidade na fala da representante G1:

*“Atualmente, a regulação da atenção especializada é do município, ela pega parte do dinheiro que é aplicado na atenção básica e investe na atenção especializada porque sabe que existe essa fragilidade do estado que não dá conta de tudo, então o município acaba dividindo esse dinheiro da atenção primária para ajudar a especializada. Então essa regulação é do município”.*

Diante deste cenário, fica visível a fragilidade no que diz respeito a gestão dos processos relacionados aos fluxos destes pacientes, objeto deste estudo, ou seja, os diabéticos, os hipertensos, sobretudo os pacientes portadores de Doença Renal Crônica, os quais, nesse sentido, já estão em processo de perda total de suas funções renais, acabam ainda por ter seu acesso à atenção especializada extremamente seletivo e fragilizado, quando observamos que o poder estadual deveria arcar com a organização e a efetivação da referência, seja com o apoio logístico, financeiro e, ou orçamentário, acaba assim delegando por incapacidade esta competência ao município.

Por conseguinte, durante a análise dos resultados também foi possível identificar uma outra grande falha no tocante aos fluxos dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica, como já citamos, é imprescindível a necessidade do cuidado compartilhado entre os diversos

pontos da rede de saúde, diante o exposto, a gestão municipal de saúde do município analisado refere que não há contrarreferência às equipes de atenção primária ou estratégia de saúde da família do município por parte do Hospital Universitário de Santa Maria, outro hospital de grande porte que também atende à atenção especializada de médica e alta complexidade, dá-se destaque: [...]” *Infelizmente a gente ainda não tem um cuidado compartilhado com o HUSM. Ele só acontece com o hospital regional por enquanto”*.

Com base nos achados supracitados, é relevante compreender que para o sistema de saúde funcionar harmoniosamente, os fluxos precisam ser otimizados, sobretudo, quanto à sua eficiência, ou seja, é necessário que haja um conhecimento difundido entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde para que haja a troca informações entre as atenções primária, secundária, terciária, permitindo um melhor manejo para as equipes de saúde, bem como oportunizando um menor tempo de espera para o melhor manejo possível do quadro de saúde dos usuários, buscando assim compreender o estado da arte na prestação de serviço público aos usuários do Sistema Único de Saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou identificar como o processo de perda irreversível de função renal em idosos se deu de maneira silenciosa. Doenças como Diabetes e Hipertensão foram compreendidas como as causas preditoras da perda da função renal, os processos lesivos referente ao controle destas patologias supracitadas foram ao longo dos anos injuriando os rins de forma consistente a ponto que seus portadores não percebessem os danos causados até que sinais claros de edema, dispneia, cansaço, mal estar, passassem a serem diários, desta forma fazendo com que estes idosos procurassem atendimento nas portas de entrada do Sistema único de Saúde e assim surpreendendo-se com o diagnóstico da irreversibilidade da perda de suas respectivas funções renais. Contudo ressalta-se neste estudo a falta de oportunidade direcionada aos cuidados da saúde como um princípio de garantia de direitos na ordem do serviço público de saúde, ou seja, o sistema de produção capitalista não colaborou no sentido de garantir ao trabalhador minimamente provisão de cuidados primários de saúde.

Quando observamos este achado, verificamos o contraditório do ponto de vista das categorias de análise de realidade traçadas de acordo com Marx, nesse sentido, ressalta-se assim, a forma como a sociedade do capital se apropria da força de trabalho destes sujeitos e como o processo de adoecimento silencioso associado as inúmeras horas dispendidas com a

força de trabalho de nada significaram quando observamos o curso de uma doença extremamente incapacitante como a Doença Renal Crônica Terminal.

Não obstante, quando passamos a observar as categorias totalidade e historicidade, mediante as análises vivenciadas pelos entrevistados, citamos que devido ao não cuidado ou autocuidado necessário para uma vida com saúde, seus processos de adoecimento foram estabelecidos ao longo do passar dos anos, tendo como principais patologia base, citadas pelos entrevistados, o Diabetes Mellitos e a Hipertensão Arterial Sistêmica. Comorbidades sumariamente crônicas, que levaram estes pacientes ao longo do passar dos anos à falência renal crônica. Gostaríamos de destacar outra realidade que emergiu das análises realizadas que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Destaca-se a relevância do surgimento do Sistema Universal de Saúde, SUS em 1990. Nesse sentido, todos os sujeitos entrevistados estavam acima dos 60 anos, em suas falas ficou extremamente claro na sua trajetória sócio-histórica uma verdadeira diferença no trato da saúde do trabalhador antes e depois do surgimento do SUS, estes denotaram que não existia um serviço público de saúde, universal disposto e robusto para atender a população trabalhadora, exigindo destes um esforço gigantesco no sentido garantirem minimamente um atendimento adequado as suas necessidades, ficando muitas vezes nas mão de uma assistência médica institucionalizada nas empresas contratantes, muito mais curativa do que preventiva do que uma atenção integral ao paciente.

O que merece destaque, é que pode-se inferir com clareza que a utilização da análise da realidade, observando as categorias elencadas por Marx, permitiu contemplar diferentes momentos da vida dos sujeitos, observando a sua história, a totalidade dos fatos vivenciados, compreendendo seus processos contraditórios, seus modos de vida, o trato com a sua saúde, obtendo assim uma forma ampliada de compreensão do processo de adoecimento vivenciado por estes idosos. Nesse Sentido, reitera-se que a relevância da categoria trabalho para a vida dos entrevistados, neste estudo, foi central. Dessa forma, temos os elos de uma cadeia de eventos se fechando, para assim compreendermos, de fato, como todos os elementos se ligaram, desenhando um processo de adoecimento que culminou na perda irreversível da função renal.

Quanto a gestão municipal de saúde pública de Santa Maria no que se refere ao controle adequado do Diabetes e da Hipertensão, entre outras condições crônicas de saúde, causadoras de perda de função renal, foi possível estabelecer a compreensão que estas perpassam pela política de Atenção Primária à Saúde, sobretudo, à política de Estratégia de

Saúde da Família implementada no município. Foi constatado que a baixa cobertura de atenção primária contribuiu para a piora das condições clínicas de seus portadores, ou seja, o avanço silencioso das comorbidades preditoras de perda de função renal levaram aos sujeitos implicados com estas condições crônicas de saúde a um agravamento, sobretudo ao aumento da morbidade proveniente destas condições de saúde. Destaca-se que o número de pessoas descobertas por uma política central no cuidado à saúde desses indivíduos é maior que o observado em cobertura de atenção primária, desse modo, temos uma considerável fragilidade que contribuiu diretamente para o aumento da morbimortalidade da Doença Renal Crônica no município.

Outra fragilidade no que diz respeito à gestão em saúde encontrada neste estudo foi o sistema de referência e contrarreferência para pacientes Diabéticos e Hipertensos, ressalta-se o importante trabalho desenvolvido pela atenção especializada no manejo de pacientes considerados graves. Contudo, entende-se que o não contrarreferenciamento, a não utilização de um sistema informatizado, interligado, entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde, fragiliza o cuidado também prejudicando os encaminhamentos em tempo hábil e oportuno para o tratamento precoce das doenças e causas preditoras de perda de função renal. O que neste estudo foi evidenciado como tardio, uma vez que não houvera um diagnóstico precoce destas condições crônicas de saúde.

Dessa forma, este estudo possibilitou a compreensão de como ocorreram os processos de perda de função renal em trabalhadores, como as ações incipientes da gestão podem influenciar no desfecho do cuidado para os grupos de pacientes em risco e como é preciso um trabalho intenso de ações em atenção primária à saúde. Entende-se também a necessidade de estudos com maiores coortes de pacientes para a finalidade de conhecer profundamente como as relações entre trabalho e doenças crônicas podem influir silenciosamente no adoecimento dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes—2013**. Clinical Practice Recommendations. Volume 36, Issue Supplement\_1. 2013. Disponível em: [https://diabetesjournals.org/care/article/36/Supplement\\_1/S11/27342/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2013](https://diabetesjournals.org/care/article/36/Supplement_1/S11/27342/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2013)

BASTOS, KIRSZTAJN, G.M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev Assoc Med Bras. 2011; 56(2):248-53. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36. **Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Diabetes Mellitus**. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº37. **Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao\\_arterial\\_sistemica\\_cab37.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf)

BRASIL. **Consolidação nº 1**. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html)

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htmbarros](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htmbarros)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano De Ações **Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas E Agravos Não Transmissíveis No Brasil 2021-2030**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao\\_arterial\\_sistemica\\_cab37.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)

BEVILACQUA S. et al. **Um estudo bibliométrico sobre gestão baseada em evidências com enfoque nas políticas públicas no Brasil.** Revista Gestão e Organizações ISSN 2526-2289 v. 06, n. 01, Jan/Mar. 2021. Disponível em:  
<https://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/rgo/article/download/4772/1714>

GAGNETEN, M.M. **Hacia una metodologia de la práctica.** Buenos Aires, Argentina: Humanita. 1987.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** Disponível em:  
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/04114126-plano-sem-logo.pdf>

HELLER, A. **Teoria dos sentimentos.** 3. Ed. Barcelona, Espanha: Fantamara S.A. 1985

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica.** Projeção da população brasileira. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama da Cidade de Santa Maria.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2022. Disponível em:  
<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?edicao=37087&t=downloads>

IPEA. **Pandemia reduz expectativa de vida no Brasil em 4,4 anos, diz especialista.** 2022. Disponível em:  
<https://www.ufjf.br/ladem/2022/02/22/pandemia-reduz-expectativa-de-vida-no-brasil-em-44-anos-diz-especialista/>

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** (Traduzido). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995

LORES, J.C *et al.* **Transplante Renal: Relacionando Tipo de Exerto e Tempo de Isquemia.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(5):1405-11, maio., 2019. Disponível em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024517>

MALTA, D.C. et al. **Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira:** Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2022, vol. 27, no. 7, pp. 2643-2653. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.02572022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FC39MrV7mL43ZNgTDjttfgB/?lang=pt>

MALTA D.C. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil.** Rev Bras Epidemiol 2021; 24: E210009. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rhTGSqRDBs94Wh8CmjggYTb/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 02/03/2022

MALTA D.C. **Estimativas do Risco Cardiovascular em Dez Anos na População Brasileira: Um Estudo de Base Populacional.** Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):423-431. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/abc/a/tnNCyBrq3YLzDjtMj7VpHSG/?format=pdf&lang=pt>

MALTA D.C. et al. **Mortalidade por Doenças Cardiovasculares Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade e as Estimativas do Estudo Carga Global de Doenças no Brasil, 2000-2017.**

MARTINS M. **O Envelhecimento Na Sociedade Capitalista: Proteção social para quem?** Monografia. Curso de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2019. Disponível em:  
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/199893/Mayara%20Martins.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

MARX, K. ENGELS, F. 1818 – 1883 **A ideologia Alemã: a crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas.** São Paulo: Boitempo, 2007

MENDES MRSS. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração.** Acta paul. enferm. 18 (4) 2014. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ape/a/9BQLWt5B3WVTvKTp3X8QcqJ/abstract/?lang=pt>.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400030)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado com o Paciente Renal Crônico.** 2014. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf). Acesso em: 24/08/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doença Renal crônica atinge 10% da população Mundial. 2015.** Disponível em:  
<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>

OLIVEIRA, J.L. **A vida Cotidiana do idoso morador de rua: As estratégias de sobrevivência da infância à velhice: um círculo de pobreza a ser rompido.** Canoas Ed. ULBRA, 2002, 176 pgs

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE apud ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Quase 2 milhões de pessoas morrem a cada ano de causas relacionadas ao trabalho.** Disponível em:  
[https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS\\_820318/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_820318/lang--pt/index.htm)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015.** Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=F1860A0D5ED377462AEC2C41A3CE0297?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=F1860A0D5ED377462AEC2C41A3CE0297?sequence=6)

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria de Município da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. 2022 – 2025. Disponível em:  
[https://www.santamaria.rs.gov.br/inc/view\\_doc\\_api.php?arquivo=D12-1719.pdf&opcao=gc\\_documento](https://www.santamaria.rs.gov.br/inc/view_doc_api.php?arquivo=D12-1719.pdf&opcao=gc_documento)

RODRIGUES A.M. et al. **Atenção à saúde das mulheres: a integralidade sob a ótica de profissionais de saúde**. Revista Principia Vol.59, N.2. 2022 Disponível em:  
<https://periodicos.ifpb.edu.br/index.php/principia/article/view/4609>

SESSO RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014**. J Bras Nefrol. 2016;38(1):54-61. PMID:27049365. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/jbn/a/3dvbbSHZ6xpPFfnFPwLXBsP/?lang=pt>

SILVA D.S.M. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2022;25(5):e210204. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/JHbf5DqRjR4zJW8kHtvkYmS/?format=pdf&lang=pt>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia** – 2019. Arq. Bras. Cardiol. 2019; 113(4): 787-891. Disponível em:  
<https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-prevencao-cardiovascular-da-sociedade-brasileira-de-cardiologia-2019/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST** – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 117 (1) 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/abc/a/QvqxLFycJhLvNGFzPhsbZPF/?lang=pt>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arq. Bras. Cardiol. 116 (3) Mar 2021. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/abc/a/Z6m5gGNQCvrW3WLV7csqbqh/?lang=pt>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016. Disponível em:  
[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020**. Disponível em:  
<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018**. J Bras Nefrol. 2020;42(2):191-200. Disponível em:  
<https://www.bjnephrology.org/article/censo-brasileiro-de-dialise-analise-de-dados-da-decada2009-2018-2/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Orientações e Tratamentos. Transplante Renal.** Online. 2023 Disponível em <https://www.sbn.org.br/orientacoes-e-tratamentos/tratamentos/transplante-renal/>