

## **DOENÇA RENAL CRÔNICA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: UMA LEITURA CRÍTICA A PARTIR DA EPIDEMIOLOGIA LATINO-AMERICANA**

Autor de  
correspondência:

Anny Karollyne Costa da  
Silva  
karoliscosta@gmail.com

Anny Karollyne Costa da SILVA<sup>i</sup> 

Mariana Olívia Santana dos SANTOS<sup>ii</sup> 

Recebido: 13 out. 2025

Aprovado: 12 dez. 2025

### **Resumo**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT constituem um dos principais eixos de preocupação da saúde coletiva contemporânea, com impactos profundos sobre a qualidade de vida das pessoas e elevados custos para os sistemas de saúde. Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS indicam que 10% da população mundial sofre da condição. Nesse cenário, a Doença Renal Crônica – DRC ocupa posição de destaque ao expressar, de modo emblemático, a antinomia “biológico versus social”. A DRC é fruto direto ou indireto das condições sociais em que se desenvolve uma sociedade, refletindo as particularidades de determinadas classes sociais em um contexto capitalista marcado por desigualdades estruturais, precarização do trabalho e predominância da racionalidade neoliberal. O presente estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida com base em uma perspectiva crítica e comprometida com os interesses da classe trabalhadora. Fundamentado no materialismo histórico-dialético, o estudo busca compreender os desafios e as perspectivas relacionados à inserção e à permanência no mundo do trabalho enfrentados por pessoas acometidas por Insuficiência Renal Crônica – IRC, no município de Natal/RN. Como elenca Almeida-Filho a articulação dos três circuitos dialéticos fundamentais para a compreensão do processo saúde-enfermidade em sociedades

[https://doi.org/10.14295/2764-4979-](https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2025.v5.137)

RC\_CR.2025.v5.137

Copyright: Artigo de  
acesso aberto, sob os  
termos da Licença  
Creative Commons (CC  
BY-NC), que permite  
copiar e redistribuir,  
remixar, transformar e  
criar a partir do trabalho,  
desde que sem fins  
comerciais. Obrigatória a  
atribuição do devido  
crédito.



<sup>i</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSCOL. Natal, RN, Brasil.

<sup>ii</sup>Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Instituto Aggeu Magalhães. Recife, PE, Brasil.

concretas: o trabalho, a reprodução social e o modo de vida. Longe de representar uma opção determinista, apologia do economicismo ou determinismo histórico, a dialética que nos referimos, não reconhece nenhum progresso ou desenvolvimento linear da sociedade e de sua saúde, nem sustenta a primazia absoluta do material econômico sobre o cultural-político nem do social sobre o biológico-natural. A saúde-doença é um processo social, exigindo abordagens integrais e intersetoriais. Assim, analisamos o processo saúde-doença da DRC e os processos que a constituem, a partir da contraposição entre a epidemiologia clínica tradicional e a epidemiologia integral crítica latino-americana. Enquanto a primeira se orienta por uma lógica centrada no indivíduo, nos fatores de risco e nos desfechos clínicos, a segunda propõe uma leitura ampliada e socialmente determinada do processo saúde-doença, considerando as condições de vida, o trabalho, as relações sociais e as desigualdades estruturais que atravessam a produção e reprodução das classes sociais. No campo das ciências da saúde, o pensamento linear funcional corresponde a uma racionalidade reducionista que, segundo, deriva do paradigma positivista e da lógica estrutural-funcionalista, centrada na fragmentação da realidade social. Nesse modelo, a saúde é objetificada em fatores de risco estatísticos e descontextualizados, tratados como entidades probabilísticas isoladas que podem ser controladas tecnicamente. A concepção de sujeito dilui-se em uma condição passiva, na medida em que as práticas se orientam pela aplicação de intervenções unidimensionais voltadas ao controle de variáveis empíricas. Essa forma de apreensão restringe-se à “ponta do iceberg” dos fenômenos, voltado aos fatores de risco estatísticos e fragmentados, os quais causam a doença, em uma realidade fatorial, obscurecendo as determinações mais profundas do processo saúde-doença. Sob esse ponto de vista, a DRC é alicerçada por uma visão biomédica unidisciplinar e monocultural, como uma doença progressiva e associada a desfechos adversos: renais e cardiovasculares. A abordagem clínica envolve a identificação da etiologia e intervenções para reduzir a progressão e as complicações. Atualmente, é norteadas pelas recomendações do *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*. A partir dessa literatura

clínica, a DRC é conceituada, de maneira pedagógica, como a presença de anormalidades na função ou na estrutura renal com duração de pelo menos três meses, em que o diagnóstico deve considerar simultaneamente, três dimensões: a causa da lesão renal (C), a taxa de filtração glomerular (G) e o grau de albuminúria (A), sintetizadas no sistema “CGA”. Esse paradigma, centrado em causas imediatas e mensuráveis, ignora as forças mais amplas que estruturam as condições de vida e, conseqüentemente, os padrões de saúde e doença, das dinâmicas de poder, exclusão e desigualdade que permeiam a sociedade. Em contraposição, o pensamento complexo crítico — formulado a partir da epistemologia crítica latino-americana e amplamente defendido por Breilh, esclarece que os processos epidemiológicos tomam forma em cada classe social por meio de elementos que interessam a área da saúde e envolvem o “perfil reprodutivo”, “perfil de saúde-enfermidade” e no processo saúde-doença. Assim, as categorias produção/trabalho/ambiente e saúde, se articulam, assumem a saúde como processo histórico, multidimensional e contraditório, inscrito nas tramas da vida social. Dessa maneira, nossa realidade socioepidemiológica se transforma segundo o movimento dinâmico inter-relacionado de três dimensões diferentes: A dimensão Geral (G): da sociedade que envolve a reprodução social, com sua lógica produtiva e de acumulação; as relações de poder, com seu modo civilizatório; e as correspondentes relações metabólicas ambientais. A dimensão dos coletivos particulares (P): corresponde aos grupos socialmente determinados, com seus próprios e especiais modos de viver sujeitos a relações metabólicas sociais específicas (de classe social, gênero e etnocultural), para o autor, com seus modos de viver característicos que condicionam padrões particulares de exposição e de vulnerabilidade epidemiológica, que se tornam expressão do condicionamento das relações de poder e metabólicas; e a dimensão Individual (I) de pessoas/famílias com seus estilos de vida pessoais específicos e corporificações (embodiments) mentais e corporais (fenotípicas, genotípicas e psicológicas). Nesse contexto, torna-se fundamental tensionar os limites do modelo clínico hegemônico e reivindicar a centralidade de uma perspectiva crítica, transdisciplinar e intercultural na produção

do conhecimento em saúde. Como propõe Breilh é preciso superar a lógica reducionista e fragmentada do paradigma positivista, abrindo espaço para um pensamento dialético metacrítico, capaz de articular a complexidade das determinações sociais e suas expressões nos corpos e territórios. Assim, compreender a DRC por essa via não é apenas um exercício teórico, mas uma escolha política e ética: reconhecer os sujeitos afetados como protagonistas históricos, cujas experiências corporificam as contradições do modo de produção vigente. A saúde, nesse marco, deixa de ser tratada como simples objeto técnico de intervenção e passa a ser concebida como direito coletivo e bem comum, exigindo políticas intersetoriais, territorializadas e comprometidas com a justiça social e a equidade.

**Descritores:** Processo Saúde-Doença; Insuficiência Renal Crônica; Determinação Social da Saúde.

**Descriptores:** Proceso Salud-Enfermedad; Insuficiencia Renal Crónica; Determinación Social de la Salud.

**Descriptors:** Health-illness Process; Chronic Kidney Disease; Social Determinants of Health.