

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
ESCOLA DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

SARAH BARBOSA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PARTE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE**

CAMPINAS
2023

SARAH BARBOSA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PARTE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Righetti
Fernandes Camilo.

CAMPINAS
2023

SARAH BARBOSA DOS SANTOS

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PARTE DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Campinas, 12 de dezembro de 2023.

Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo
Orientadora e docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prof.^a Dr.^a Jeanete Liash Martins de Sá
Avaliadora convidada e docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

João Gabriel Lima dos Reis
Avaliador convidado e assistente social

EPÍGRAFE

Nestes muitos anos de militância e acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais temos metido, não servirão para quase nada.

(Emerson Elias Merhy).

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que me deu o fôlego de vida e todas as oportunidades que se seguiram desde então. Que esteja registrado, mediante a Ele e aos homens, que desejo jamais falhar em reconhecer, assim como Samuel reconheceu ao erguer uma pedra entre Mispá e Sem (1 Samuel 7:12), que: até aqui nos ajudou o Senhor!

Meus mais sinceros agradecimentos aos meus pais, Aldenir e Maria, que jamais mediram esforços para me auxiliar e zelar por mim. À minha irmã, Maria Eduarda, que há doze anos, iniciou sua jornada no mundo para ser minha companheira fiel de todos os momentos.

Agradeço, ainda, às minhas amigas (não colegas, amigas!) de turma: Beatriz, Camila, Laryssa e Marianna, que me deram forças, todos os dias, para continuar; que fizeram esse intenso desafio de quatro anos de duração comumente denominado “graduação” um pouco mais leve e um pouco mais divertido. Obrigada por cada risada, cada pesquisa realizada em conjunto, por cada auxílio e por todo apoio. Espero levar vocês comigo para o resto da vida.

Sou grata à minha melhor amiga, Milena, cujo a presença em minha vida antecede o momento da graduação. Obrigada por me acompanhar durante toda a minha trajetória, me apoiando, me incentivando e sempre me inspirando a ser alguém melhor. Como diria Taylor Swift, em *Breathe: you're the only thing I know like the back of my hand*.

Agradeço aos assistentes sociais que cruzaram meu caminho de diferentes formas, incluindo o campo estágio, por me mostrar, na prática, que a profissão vale a pena, quando vivida e exercida da forma correta. Um agradecimento especial à minha supervisora de estágio, Valdete, por me auxiliar a criar o ideal da profissional que quero (e agora sei que posso) ser.

Ao corpo docente do Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), pelo conhecimento compartilhado. Espero, um dia, de alguma forma, poder levar este conhecimento a diante.

Agradeço, por fim, a cada pessoa que fez parte da minha vida e, de alguma forma, da minha jornada de graduação. Sou grata a todo auxílio e apoio, tenham estes acontecidos de maneira direta ou indireta.

RESUMO

A presente pesquisa analisa, principalmente, o trabalho do Serviço Social como parte da equipe multiprofissional de um Serviço de Hemodiálise. Para a realização deste estudo, estruturado no método qualitativo, foram realizadas entrevistas com distintos profissionais de uma equipe de um Serviço de Hemodiálise do município de Campinas, São Paulo. Estas entrevistas, que possuem um roteiro que para guiar o diálogo, foram gravadas e possibilitaram a exploração dos saberes de cada profissão e o trabalho multiprofissional que compõem o campo de atenção específica do serviço de saúde e o núcleo de saberes que dialogam no cuidado. Os resultados apontaram que o trabalho multiprofissional pode se dar tanto de maneira multidisciplinar, quanto interdisciplinar, não só devido ao perfil dos profissionais que compõem a equipe, mas, também, por conta das necessidades e manejos institucionais.

O trabalho profissional do assistente social enfrenta uma série de elementos que perpassam, condicionam e limitam sua atuação, reverberando diretamente nos usuários. A autonomia relativa, por exemplo, é um dos fatores que influenciam a práxis profissional, que fica no limite entre as atividades que são de competência profissional e atividades que são específicas de cada instituição. Tornou-se perceptível, nesta pesquisa, que o trabalho do assistente social — assim como o das outras profissões que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Hemodiálise — é perpassado por turbulências e contradições, requerendo, sempre, uma análise crítica de suas atribuições.

Palavras-chave: serviço social; equipe multiprofissional; hemodiálise.

ABSTRACT

This research, mainly, analyzes the work of the Social Services as a part of the multiprofessional team of a Hemodialysis. To carry out this study, structured in the qualitative method, interviews were carried out with different professionals from a team of a Hemodialysis in the city of Campinas, São Paulo. These interviews, that had a script to guide the dialogue, were recorded and enabled the exploration of the knowledge of each profession and the multiprofessional work that make up the specific field of attention of the health service and the core of knowledge that dialogues in care. The results showed that multidisciplinary work can take place in both a multidisciplinary and interdisciplinary manner, not only due to the profile of the professionals who are part of the team, but also due to institutional needs and management.

The professional work of social workers faces a series of elements that permeate, condition and limit their performance, reverberating directly on users. Relative autonomy, for example, is one of the factors that influence professional praxis, that lies on the limit between activities that fall under professional competence and activities that are specific to each institution. It became noticeable, in this research, that the work of social workers — as well as that of the other professions that make up the multiprofessional team of the Hemodialysis Service — is permeated by turbulence and contradictions, always requiring a critical analysis of their duties.

Keywords: social services; multiprofessional team; hemodialysis.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| 1. CAPÍTULO I: SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL | 11 |
| 1.1 <i>A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS)</i> | 11 |
| 1.2 <i>O processo Saúde-Doença</i> | 13 |
| 1.3 <i>Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença</i> | 14 |
| 1.4 <i>O assistente social como profissional da saúde</i> | 14 |
| 1.5 <i>O Serviço Social e o portador da Doença Renal Crônica em Hemodiálise</i> | 16 |
| 2. CAPÍTULO II: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE | 20 |
| 2.1 <i>A interdisciplinaridade na área da saúde</i> | 21 |
| 2.2 <i>O assistente social como parte da equipe multiprofissional interdisciplinar</i> | 23 |
| 3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE EM CAMPINAS | 26 |
| 3.1 <i>Saúde no município de Campinas</i> | 26 |
| 3.2 <i>O trabalho do assistente social como parte da equipe multiprofissional</i> | 27 |
| 3.2.1 <i>Formação e inserção na área da saúde dos profissionais entrevistados</i> | 28 |
| 3.3 <i>O assistente social na garantia dos direitos do paciente com Doença Renal Crônica em Hemodiálise</i> | 31 |
| 3.3.1 <i>Direito ao transporte</i> | 31 |
| 3.3.2. <i>Direitos previdenciários e socioassistenciais</i> | 33 |
| 3.3.3. <i>Direito à alimentação</i> | 35 |
| 3.3.4. <i>Direito ao tratamento adequado</i> | 37 |
| 3.3.5. <i>Direito ao transplante renal</i> | 40 |
| 3.4 <i>O trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional na Hemodiálise</i> | 42 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 50 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |
| ANEXO I | 58 |

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) possui como temática central a pesquisa da atuação do Serviço Social no Serviço de Hemodiálise, de tal forma que realiza uma breve análise de como se dá a forma de trabalho do assistente social junto a uma equipe multiprofissional em um Serviço de Hemodiálise no município de Campinas, no estado de São Paulo (SP).

A escolha do tema deriva da vivência de estágio em um hospital que possui uma Clínica de Hemodiálise, na qual foi possível perceber que a atuação do assistente social, ainda que seja exigida para o funcionamento do serviço, pode ocorrer de diversas maneiras e se adaptar mediante a equipe e a instituição. A partir desse raciocínio, nasceu o questionamento: se o assistente social é uma exigência a nível federal, como se dá esse trabalho? Como ele se concretiza na instituição?

Tendo acesso a diferentes profissionais que atuavam em diferentes equipes do Serviço de Hemodiálise — ainda que na mesma instituição —, tornou-se perceptível que, ainda que haja diretrizes estabelecidas para a atuação e que o funcionamento dos serviços seja preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da equipe e a atuação dentro dela pode se diferir, dependendo do assistente social, da equipe com quem se trabalha e das adaptações organizacionais da instituição.

A relevância do tema se faz presente ao considerar a necessidade de profissionais especializados e capacitados para a atuação e a qualidade de vida dos pacientes. Abordar a atuação profissional na Hemodiálise é fundamental para a compreensão do tratamento oferecido aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), destacando a importância da equipe multiprofissional, que trabalha promovendo o bem-estar desses indivíduos.

A atuação do assistente social neste serviço desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar integral dos pacientes. Trabalha na avaliação das necessidades dos pacientes, buscando a garantia de seus direitos e visando o acesso a recursos e serviços. Atua, também, no planejamento do pós-tratamento, considerando o trabalho realizado nas preparações para transições, como transplante e outras formas de gestão da doença. Assim, a presença do assistente social na equipe é fundamental para a garantia de um tratamento adequado e digno, ao considerar não apenas as necessidades clínicas, mas fazendo parte de uma equipe que enxerga o paciente como um todo, contribuindo significativamente para a humanização do tratamento.

A partir disso, esta pesquisa possui como objetivo refletir sobre a atuação do assistente social como parte da equipe multiprofissional de um Serviço de Hemodiálise, compreendendo suas atuações referentes às suas atribuições privativas e suas atuações como parte da equipe, enxergando o paciente como um todo.

O primeiro capítulo traz o histórico da saúde pública brasileira a partir do contexto da Reforma Sanitária, passando pela VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988, a ideia de processo de saúde-doença, os determinantes sociais da saúde, o reconhecimento do assistente social como profissional da saúde e a atuação do assistente social com o portador de Doença Renal Crônica (DRC) em Hemodiálise. Em seguida, o segundo capítulo aborda a pesquisa realizada sobre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade da equipe multiprofissional, discutindo essas categorias de atuação na saúde. Há, ainda, uma discussão que traz consigo relatos de profissionais que fazem parte dessa realidade, fomentando a discussão do que foi teorizado anteriormente. Este trabalho é, então, finalizado com as considerações finais, que fecham os enlaces das discussões desenvolvidas.

1. CAPÍTULO I: SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

1.1 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua origem na Constituição Federal de 1988, que determinou como dever do Estado o oferecimento do acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde à toda a população. A saúde pública no Brasil é, no entanto, o resultado de um conjunto de manifestações políticas e ideológicas. Em 1982, no início do fim do período militar (1964-1985), o contexto foi marcado por reivindicações voltadas à retomada dos direitos sociais, incluindo o direito à saúde. Neste ano, foi, então, implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que trouxe ênfase à atenção primária, pensada como a “porta de entrada” do sistema. Neste período, as políticas públicas de saúde se resumiam à manutenção da higiene e bem-estar dos trabalhadores, sendo o conceito de “saúde”, no momento, apenas a ausência de doenças.

Até então, haviam ocorrido dois marcos históricos: a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que caracterizava a saúde como um benefício aos trabalhadores; e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que possuía pautas que reivindicavam melhorias na atenção à saúde e a efetivação desta como um direito social.

Após o fim da ditadura militar, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 21 de março 1986. Foi a primeira conferência a ter a participação dos usuários — ainda que como observadores —, já que, antes dela, os debates possuíam a presença apenas de deputados, senadores e autoridades do setor. O relatório final da conferência apontou a necessidade de modificações no setor de saúde transcendentais aos limites de uma reforma administrativa e financeira, reconhecendo o carecimento de uma formulação mais profunda, que ampliasse o conceito de saúde e revisse a legislação vigente e constituindo a chamada de, então, Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

A Conferência colocou, ainda, a saúde como direito, conforme:

“1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a 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 grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de

vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade”. (BRASIL, 1986, pág. 04).

O relatório final apontou um consenso mediante a ideia da formação de um sistema único de saúde, não mais ligado à previdência e coordenado por um ministério, em nível federal, e levando em consideração, ainda, a necessidade da participação popular na formulação, gestão e avaliação do sistema.

Já em 1987, foi criado o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que possuía como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários.

Com a aprovação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi estabelecida como

“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Seção II da Constituição dispõe sobre a Saúde, descrevendo seus pontos básicos, como o respeito às necessidades individuais e coletivas consideradas como de interesse público, à assistência médico-sanitária integral como caráter universal e a asseguaração do acesso aos serviços a todos, hierarquização dos serviços segundo parâmetros técnicos e gestão descentralizada. Foram definidos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, ampliando a saúde como um direito de todos — passando, neste momento, a ser dever do Estado como proteção da população.

Em 19 de setembro de 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Na lei, está exposto os princípios e as diretrizes, bem como a organização, direção, gestão, competência e atribuição de cada nível (federal, estadual e municipal), participação complementar do sistema privado, orçamento, planejamento e financiamento.

1.2 O processo Saúde-Doença

A partir do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de “saúde” sofreu forte influência das pressões dos movimentos sociais e passou a entrar em consenso com a definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Definiu que

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1990).

Atualmente, entende-se que a doença já não pode mais ser apenas relacionada a fatores fisiopatológicos, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer; os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoce (CANGUILHEM e CAPONI, 1995. IN: BRÊTAS e GAMBA, 2006). Dessa forma, quadros clínicos semelhantes, com o mesmo prognóstico e plano terapêutico, podem afetar pessoas de formas distintas, causando sintomas e desconfortos diferentes. O diagnóstico clínico baliza a aplicação apropriada do conhecimento e tecnologia, porém, do ponto de vista do bem-estar, a percepção individual sobre a saúde é que conta (EVANS e STODDART, 1990). Diante disso, uma nova maneira de pensar a saúde e a doença necessita incluir análises que atravesse as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas e mais baixos status sociais estão associados a uma pior condição em termos de saúde (EVANS e STODDART, 2003; SCHRAIBER e MENDES-GONÇALVES, 1996).

Em um contexto em que a saúde e a doença não podem ser consideradas duas faces da mesma moeda, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui ações voltadas para o diagnóstico e tratamento da doença, entretanto, com atenção à inclusão social, promoção da equidade, visibilidade e cidadania. O Processo Saúde-Doença está, portanto, atrelado à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades. (GUALDA e BERGAMASCO, 2004). Ele representa o conjunto de relações e variáveis que condiciona o estado de saúde e de doença de uma população, que se transforma diante de momentos históricos e de desenvolvimento científico da humanidade. Não é simplesmente uma ideia abstrata, mas sim um conceito definido pelo contexto histórico de determinada sociedade

em um específico momento de seu desenvolvimento, conquistada pela população em suas lutas cotidianas (GUALDA e BERGAMASCO, 2004). O conceito de saúde e de doença é, deste modo, codependente da época vivida e dos interesses dos grupos sociais no momento.

Há, assim, um consenso entre autores que afirmam que a saúde deve ser entendida de maneira mais ampla, como componente da qualidade de vida; um bem comum, um direito social, atingido através de adequação das necessidades, promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

1.3 Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença

É importante considerar que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que foi estabelecida em março de 2006 — composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país —, os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

As relações entre determinantes sociais e saúde consistem em estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores distais (sociais, econômicos e políticos) e os mais proximais (relacionados diretamente ao modo de vida), sendo distintos os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas.

Segundo relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a análise da situação de saúde compreende itens como situação e tendência da evolução demográfica, social e econômica do país, trançando um panorama geral de referência para a análise da situação de saúde, considerando os macrodeterminantes (crescimento populacional, fecundidade, mortalidade, fluxos migratórios, urbanização, mercado de trabalho), e, ainda, fatores microdeterminantes (condições de vida e de ambiente de trabalho, redes sociais e comunitárias e comportamentos e estilos de vida).

1.4 O assistente social como profissional da saúde

Em um contexto de adoção de um novo conceito de saúde que leva em

consideração os aspectos biopsicossociais, a requisição de diversos profissionais — incluindo o assistente social — para atuação na saúde de maneira multidisciplinar passou a ser necessária. Até então, o trabalho do assistente social, na saúde, era requerido pelo Estado para desenvolver tarefas educativas relacionadas à hábitos de higiene, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientações previdenciárias em hospitais (CFESS, 2010).

A partir de 1980, a profissão tornou-se substanciada pelo materialismo histórico-dialético, ou seja, a teoria social marxista, que traz consigo uma nova visão de mundo: uma análise apurada da totalidade, que considera os fatores sociais, políticos e econômicos, e as contradições de produção capitalista. Desta forma, desenhou um novo norte de atuação com maioria intelectual. Passou a desenvolver uma atuação teórico-metodológica na saúde mais crítica, com atribuições e competências concernentes com o conceito de saúde ampliado, que considera os determinantes sociais como responsáveis pelo processo de saúde-doença dos sujeitos e coletividade (CFESS, 2010).

Em 06 de março de 1997, com a Resolução N°218 do Conselho Nacional de Saúde, o assistente social, assim como outras profissões de nível superior, foi caracterizado como profissional da saúde, levando em consideração os seguintes aspectos:

“Considerando que a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, colando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;

Considerando que a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

Considerando que a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde;

e
Considerando que o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e a à integralidade da atenção, [...]” (Brasil, 1997).

Posteriormente, em 29 de março de 1999, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), publicou a Resolução N°383, que reforça a colocação do assistente social como profissional da saúde, enfatizando as considerações realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde, e complementando outras considerações, como:

“Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de

saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde;

Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País;

Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação tecnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais”. (CFESS, 1999).

Valorizando a perspectiva interdisciplinar, com o intuito de garantir a atenção a todas as necessidades da população, compreende-se que cabe ao Serviço Social — em uma ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) — formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde para efetivar o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o Projeto Ético Político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO e MATOS, 2004).

1.5 O Serviço Social e o portador da Doença Renal Crônica em Hemodiálise

A Doença Renal Crônica (DRC) é um termo geral usado para nomear um transtorno da estrutura e do funcionamento do rim. A expressão da doença pode variar de causa, severidade e progressão. Desde a introdução do conceito de Doença Renal Crônica (DRC), as guidelines¹ têm recomendado uma mudança para que esta seja reconhecida como uma doença que causa risco à vida e que afeta algumas pessoas que precisam de um cuidado assistido por um médico nefrologista, para uma doença comum que varia de severidade, que necessita de uma ação de saúde pública para prevenção, diagnóstico precoce e manutenção (LEVEY e CORESH, 2012).

Neste sentido, é importante, primeiramente, compreender que a Doença Renal Crônica (DRC) é entendida como:

¹ Guidelines: recomendações desenvolvidas de forma sistemática, com o objetivo de auxiliar profissionais e pacientes na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de sua saúde em circunstâncias clínicas específicas, ou seja, diretrizes clínicas.

“lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica — IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente”. (Romão Junior, 2004, pg.1).

Segundo o Ministério da Saúde, os indivíduos sob o risco de desenvolver Doença Renal Crônica (DRC) são: pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2; pessoas hipertensas; idosos; portadores de obesidade; histórico de doença do aparelho circulatório (doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca); histórico de Doença Renal Crônica (DRC) na família; tabagistas; ou pacientes que fazem uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014).

Para melhor estruturação do tratamento dos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC), é necessário que, após o diagnóstico, haja a classificação da doença, considerando, principalmente, seus desfechos: doença cardiovascular, evolução para Terapia Renal Substitutiva (TRS) e mortalidade (BRASIL, 2014).

Ao paciente com a Doença Renal Crônica (DRC) dos estágios 1 a 3, realiza-se o tratamento conservador, na Unidade Básica de Saúde (UBS), que consiste no controle dos fatores de risco para progressão da doença, bem como para eventos cardiovasculares e mortalidade, com o objetivo de conservar a Taxa de Filtração Glomerular (TFG)² pelo maior tempo possível. Quando no estágio 4 e 5-ND (não dialítico), é considerado o tratamento pré-díalise, realizado na unidade ambulatorial especializada no diagnóstico — mantendo o vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) —, que consiste na manutenção do tratamento conservador, bem como no preparo adequado para início da Terapia Renal Substitutiva (TRS). E, ainda, o estágio 5-D (dialítico), que possui um tratamento com uma das modalidades de substituição da função renal: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal.

O Ministério da Saúde reforça, em suas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica (DRC), que os pacientes com este diagnóstico devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, considerando-se a necessidade de

² TFG: a determinação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é uma maneira de avaliar a função renal, que pode estabelecer a extensão de disfunção renal crônica, pois se trata da medida da depuração de uma substância que é filtrada livremente pelos glomérulos e não sobre reabsorção ou secreção tubular. Permite reconhecer disfunções ainda em fase precoce; determina o grau de severidade da disfunção e, assim, auxilia na tomada de decisão clínica, podendo influenciar o tratamento, estabelecendo o prognóstico e antecipando complicações futuras.

“aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre DRC e TRS; orientação sobre o auto cuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da DRC; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros” (BRASIL, 2014).

A atuação do assistente social foi gradualmente ganhando espaço nos serviços de diálise. A Portaria Nº 2.042, de 11 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, que “estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva [...]” dispõe que “a Unidade de Diálise deve oferecer aos pacientes a assistência profissional de nutricionista, assistente social e psicólogo, sempre que necessário”.

Em 15 de junho de 2004, sete anos após o reconhecimento do assistente social como profissional de saúde, o Ministério da Saúde, junto a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária³, publicou a Resolução Nº154, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise e que passa a exigir que cada serviço de diálise tenha a ele vinculado, pelo menos, um assistente social, bem como regulamenta a exigência dos demais profissionais necessários para o devido funcionamento do serviço: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista e psicólogo.

O Ministério da Saúde publicou, no ano de 2018, a Portaria Nº389 (que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica) e a Portaria Nº1.675 (que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica), que reforçam a necessidade da equipe multiprofissional para o funcionamento do serviço de diálise.

A atuação do assistente social no serviço de diálise traz consigo a exigência de

³ A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu o regulamento técnico no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999 (que estabelece que compete à Diretoria Colegiada, a responsabilidade de analisar, discutir e decidir, em última instância administrativa, sobre matérias de competência da autarquia, bem como sobre editar normas sobre matérias de competência da Agência); c/c o art. 111, inciso I, alínea “b”, §1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000 (que estabelece como atos normativos e ordinários da Diretoria Colegiada serão expressos sob forma, também, de Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), para fins normativos ou de intervenção.

uma multidisciplinaridade em equipe para suprir as necessidades do paciente. É de suma importância a articulação com outros profissionais, visando a integralidade de atendimento. O trabalho em equipe não exclui as especificidades dos trabalhos, afinal, as diferenças técnicas expressam uma possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação (PEDUZZI, 2001).

O trabalho que o Serviço Social exerce na área da saúde, especificamente no atendimento ao paciente portador de Doença Renal Crônica (DRC), busca a assistência integral ao paciente, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, para mediar os conflitos do paciente e sua família.

Em um serviço de hemodiálise, o papel do Serviço Social se constitui em enxergar o homem como um ser integral, ou seja, um ser biopsicossocial, compreendendo-o em sua totalidade e levando em consideração o princípio da integralidade, prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atua como integrante de uma equipe multidisciplinar, buscando melhorar a qualidade das relações, vínculos, aceitação e acolhimento. Orienta direitos, auxilia o acesso a programas e benefícios sociais. Realiza a mediação da relação instituição-paciente-familiar nas informações e busca um tratamento humanizado, na acolhida, no diálogo e no enfrentamento do diagnóstico.

São atividades pertinentes ao assistente social em um Serviço de Hemodiálise: esclarecer aos pacientes e/ou familiares a Doença Renal Crônica (DRC) e a Hemodiálise, orientar a importância da continuidade do tratamento, encaminhar paciente para acesso a recursos da rede ou da comunidade, garantir o direito do paciente ao Transplante Renal, esclarecer direitos trabalhistas e previdenciário, orientar o processo de Transplante Renal, entre outras atuações previstas na Lei Nº8.662, de 7 de junho de 1993, que regulamenta a profissão, e reforçadas pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

2. CAPÍTULO II: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE

O termo “interdisciplinaridade” possui uma grande polissemia e sua conceituação não é simples. Gattas (2005) considera que essa incompreensão provém da falta de experiência vivida e do fato de que sua prática concreta ainda é inaugural no que se trata de elaboração do saber, atividade de ensino e de pesquisa. É necessário que haja uma boa interação da teoria com a prática para que ocorra uma boa compreensão do termo e, assim, este seja colocado em prática sem dificuldades.

A disciplinaridade, em si, é procedente do termo latim *discere*, que significa aprender — é a palavra que origina, ainda, os termos *discente* e *discípulo*. A ideia básica de disciplina pode ser, portanto, compreendida como um conjunto sistemático de conhecimentos sobre um determinado campo de objetos, enquanto a disciplinaridade é a característica da abordagem fundada na prática desse conhecimento, com o recorte de determinada área; uma estruturação e organização dos conhecimentos pela perspectiva epistêmica, com uma configuração sistemática e uma metodologia rigorosa (SEVERINO, Antônio Joaquim, IN: SÁ, Jeanete Liash Martins (org.), 2019).

Para Oliveira (2011), a interdisciplinaridade se trata, de algum modo, de uma interação entre as disciplinas ou áreas do saber e pode ocorrer em diferentes níveis de complexidade. É por isso, então, que os termos “multidisciplinaridade”, “interdisciplinaridade”, entre outros, foram criados.

Na multidisciplinaridade, informações de várias matérias são utilizadas para o estudo de um determinado elemento, sem a articulação das disciplinas entre si, enquanto, na interdisciplinaridade, estabelece-se uma interação entre as disciplinas (OLIVEIRA, 2011).

A interdisciplinaridade pode ser entendida como o “intercâmbio mútuo e integração recíproca entre várias ciências” (PIAGET, 1981, p.52). É uma interação entre as ciências, que deveria conduzir até a transdisciplinaridade, sendo esta, a concepção em que não há mais barreiras entre as disciplinas. A transdisciplinaridade é, para o autor, a integração global das ciências, sendo a etapa posterior a interdisciplinaridade, já que é capaz de alcançar interações entre investigações especializadas, no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre as disciplinas.

Compreende-se que a condição de complexidade do ser e do conhecer inegavelmente exige que as múltiplas disciplinas que atuam como mediadoras trabalhem

interdisciplinarmente (SEVERINO, Antônio Joaquim, In: SÁ, Jeanete Lias Martins (org.), 2019), o que pressupõe alguns critérios técnicos, como: fazer com planejamento, sistematicamente. O sentido mais corrente de interdisciplinaridade é o da possível integração articulada de várias disciplinas entre si, sentindo que tende a prevalecer quando se trata de pensar e praticar o currículo.

A interdisciplinaridade, pode ainda,

“significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. (...) Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer”. (Rodrigues, 1998, p. 156)

A postura interdisciplinar, portanto, se faz necessária a partir da complexidade de todos os objetivos de experiência. A construção do conhecimento pressupõe levar em conta a inserção de cada objeto em uma totalidade, sendo sempre parte de um todo e não podendo ser compreendido isolado dessas relações. O olhar subjetivo do pesquisador precisa ser integrado, ou seja, interdisciplinar.

2.1 A interdisciplinaridade na área da saúde

A organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade, que permitem a produção de mudanças tecnológicas na assistência e no cuidado. Não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada, é necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude, segundo Peduzzi (2007), requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (BASTOS e SANTANA, 2017).

A tecnologia foi discutida como parte do processo de trabalho em saúde por Gonçalves (1994), que analisou criticamente o significado reduzido do termo como sendo um conjunto de instrumentos materiais do trabalho. Foi analisada tanto como saber, como por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho em saúde devem incluir diversas tecnologias de maneira

adequada, conforme suas necessidades, ou seja, suas ações e serviços dos quais os sujeitos precisam para que tenham melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais (COELHO e JORGE, 2009).

Para Merhy, as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados — como as teorias, por exemplo — e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. (MERHY, 2005, IN: COELHO e JORGE, 2009).

A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma maneira de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento. Como tecnologia leve, o acolhimento direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. (MERHY, 2006, IN: COELHO e JORGE, 2009).

Ao trabalhar-se a humanização do atendimento, a primeira ação a ser realizada por toda a equipe, ao receber a pessoa como paciente, é prestar-lhe acolhimento. O acolhimento a pessoa que procura o cuidado de saúde se expressa na relação que se estabelece entre o usuário e o profissional que o atende. Neste contexto, o trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, pois todos devem participar de modo a articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores. (COELHO e JORGE, 2009).

Uma outra maneira de pensar o trabalho interdisciplinar na saúde é a análise de Campos (2000), que discorre sobre a ideia de núcleo e campo. O núcleo, para ele, é uma demarcação da identidade de cada área de saber e de prática profissional, enquanto o campo é um espaço de limites imprecisos, no qual cada disciplina ou profissão busca apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Um núcleo indica uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem ultrapassar a dinâmica do campo. A noção de núcleo reconhece a necessidade — ou até mesmo a inevitabilidade — de se construírem identidades sociais para as profissões e para os campos de saber, mas sugere a possibilidade de que essa institucionalização

poderia dar-se de modo mais flexível e aberto (ONOCKO, 1999, IN: CAMPOS, 2000). Campos completa, ainda que

“não haveria como escapar à institucionalização do saber e à administração organizada das práticas sociais, porém, poder-se-iam organizá-las de forma democrática, estruturando-as para que permaneçam abertas a distintos campos de influência”. (CAMPOS, 2000).

De maneira geral, a interdisciplinaridade trata-se da preocupação do profissional em contribuir com o seu conhecimento para resolver problemas, realizando a promoção e prevenção da saúde. Diferente da multidisciplinaridade, a qual evoca a justaposição dos recursos de várias disciplinas — porém, sem exigir um trabalho de equipe e coordenado —, a interdisciplinaridade não pode ser constituída pela simples adição de todas as especialidades: deve, pois, buscar a união entre profissionais para que todos colaborem com sua área em prol de um bem comum. (BASTOS e SANTANA, 2017).

A interdisciplinaridade na área da saúde deve, assim, ser uma construção reflexiva e coletiva que analise e problematize as práticas cotidianas, as relações de saber e de poder em seu interior, a fim de construir práticas mais efetivas e formas de trabalho mais satisfatórias para trabalhadores e usuários da saúde, sendo, portanto, peça fundamental no sucesso dos processos de saúde. (BASTOS e SANTANA, 2017).

2.2 O assistente social como parte da equipe multiprofissional interdisciplinar

Segundo Carvalho (2012), a prática interdisciplinar exige mais do que apenas a presença de profissionais de distintas formações em uma mesma equipe, projeto ou demanda. Para a autora, compreender a própria profissão como superior quando comparadas a qualquer outra, é o primeiro passo contrário à direção da interdisciplinaridade. É, na realidade, permitir-se aprender com os conhecimentos de outras áreas e absorver seu conteúdo com o devido respeito, a partir de um processo de ensino-aprendizagem livre de autoritarismos, materializa a interdisciplinaridade.

Iamamoto (2002) afirma que “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

Cada profissional, em decorrência de sua formação, tem distintas competências e habilidades para desempenhar suas ações. Para Iamamoto (2002), o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional; na verdade, exige maior clareza no trato delas. Carvalho (2012) complementa essa ideia ao dizer que o profissional só oferece aquilo que possui propriedade, afirmando que o conhecimento e o domínio das possibilidades e limites da própria profissão são indispensáveis para a interação com outras profissões. Assim, entende-se que

“A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho, demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação”. (CFESS, 2011, p. 27).

Ferreira (1993) considera que a interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade e multiutilidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, substituindo uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do ser humano. Confronta o modelo de saberes específicos, pois, implícita nela, está a concepção de totalidade e a necessidade de o especialista estar aberto para ultrapassar seus próprios limites e trabalhar com contribuições de outras disciplinas.

A Resolução N°557, de 15 de setembro de 2009, publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social, dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Nela, está previsto, em seu artigo 3º, que o assistente social deve integrar equipes multiprofissionais e estimular o trabalho interdisciplinar. Neste contexto, prevê-se o respeito das normas e limites legais, técnicos e normativos das outras profissões, em conformidade com o que estabelece o Código de Ética do Assistente Social, regulamentado pela Resolução CFESS N° 273, de 13 de março de 1993.

A Resolução N°557/2009, prevê, ainda

“Art. 4º. Ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá garantir a especificidade de sua área de atuação.

Parágrafo primeiro - O entendimento ou opinião técnica do assistente social sobre o objeto da intervenção conjunta com outra categoria profissional e/ ou equipe multiprofissional, deve destacar a sua área de conhecimento separadamente, delimitar o âmbito de sua atuação, seu objeto, instrumentos utilizados, análise social e outros componentes que devem estar contemplados na opinião técnica.

Parágrafo segundo - O assistente social deverá emitir sua opinião técnica somente sobre o que é de sua área de atuação e de sua atribuição legal, para

qual está habilitado e autorizado a exercer, assinando e identificando seu número de inscrição no Conselho Regional de Serviço Social.

Parágrafo terceiro - No atendimento multiprofissional a avaliação e discussão da situação poderá ser multiprofissional, respeitando a conclusão manifestada por escrito pelo assistente social, que tem seu âmbito de intervenção nas suas atribuições privativas”.

3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE EM CAMPINAS

3.1 Saúde no município de Campinas

O município de Campinas, segundo dados disponibilizados pelo site da prefeitura, possui uma área total de 794,57 KM² e está localizado à 100 KM de distância da capital do estado. Com 1.139.047 habitantes até no ano de 2022, a cidade tem 249 anos. A data oficial considerada para a fundação da cidade de Campinas é 14 de julho de 1774, quando foi celebrada a primeira missa no lugarejo, apesar de ter sido reconhecida oficialmente como município apenas em 1842. A região metropolitana de Campinas é formada pelos seguintes municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo.

Campinas é considerada pelo Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) um centro de referência regional no setor de saúde, composta por unidades contratadas, próprias e conveniadas. É dividida por regiões: leste (com uma policlínica, cinco hospitais, uma maternidade e oito Unidades Básicas de Saúde), norte (um centro médico, um centro de oncologia, um pronto-atendimento, três hospitais e doze Unidades Básicas de Saúde), noroeste (um pronto-atendimento, um hospital e dez Unidades Básicas de Saúde), sul (duas policlínicas, um pronto-atendimento, dois hospitais e treze Unidades Básicas de Saúde) e sudoeste (um hospital e nove Unidades Básicas de Saúde).

De maneira geral, Campinas conta com uma infraestrutura de saúde bem desenvolvida. A cidade abriga a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que possui um impacto significativo, já que é um centro de atendimento médico, ensino e pesquisa, contribuindo em pesquisas epidemiológicas e inovações tecnológicas na área da saúde. A cidade implementa, ainda, programas de saúde pública para abordar questões específicas da população, como campanhas de vacinação, prevenção de doenças transmissíveis e etcetera. Na atenção à saúde mental, possui serviços e programas como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços.

3.2 O trabalho do assistente social como parte da equipe multiprofissional

Considerando que, diante do método de pesquisa, se estrutura os fenômenos ou objetos — já que, através dele, tem-se o aprofundamento do conhecimento científico —, Marconi e Lakatos (2003, p.83) afirmam que o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que permitem o alcance de conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando o cientista. É seguindo esta linha de raciocínio que esta pesquisa se pauta no método de pesquisa científica qualitativa.

A pesquisa qualitativa não tende sua inquietação para números, ou resultados numéricos, mas volta suas preocupações para a compreensão de um grupo social. (GERHARDT e SILVEIRA, 2009). Possui aspectos que lhes são característicos: buscar responder questões privadas, preocupações que estão arraigadas em questões da realidade que não podem ser quantificados. As pesquisas que são embasadas neste método, geralmente, focam-se no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes — elementos que fazem parte do espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser analisados mediante operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

A pesquisa é qualitativa quando o seu resultado buscar atributos ou qualidades. A abordagem de um problema adequa-se em busca de compreender um determinado fenômeno social, buscar entender os significados. Esta pesquisa trabalha com situações complexas ou particulares (NETO, 2017). Os pesquisadores que se utilizam deste método tendem a querer elucidar

“[...] o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.32).

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, que permitiram a liberdade de conversação de forma guiada. Considerando a necessidade de respeito à dignidade humana exigida por toda pesquisa, foi realizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I), no qual foi manifestado a anuência à participação na pesquisa.

Para melhor usufruto das informações coletadas através das entrevistas, estas foram inteiramente transcritas para uma melhor análise da realidade vivida pelas

profissionais, logo, toda e qualquer transcrição de partes das entrevistas se dá de maneira autêntica aos relatos.

A escolha das pessoas entrevistadas se deu a partir da ideia de retratar a realidade dos profissionais exigidos para o funcionamento do Serviço de Hemodiálise, que não fossem o médico e o enfermeiro, já que estes são mais facilmente compreendidas como relacionadas à saúde. Desta maneira, foram entrevistadas uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social. As entrevistas se deram de forma anônima e, assim, foram utilizados nomes fictícios: a cada uma delas, foi solicitado uma palavra cuja elas remetessem a si mesmas, causando, assim, uma autoidentificação.

As entrevistas realizadas não serão analisadas integralmente, porém, farão parte da composição dos eixos temáticos da pesquisa.

3.2.1 Formação e inserção na área da saúde dos profissionais entrevistados

Antes da graduação, a primeira entrevistada, que será chamada de Lua, estudou Tecnologia de Alimentos no período do ensino médio. Escolheu a graduação de Nutrição por saber que esta, também, contemplava a área da saúde. Foi direcionada pelo curso técnico, pois os cursos eram, de certa forma, semelhantes e possuíam até algumas disciplinas em comum — a própria Tecnologia de Alimentos costuma ser uma disciplina presente na grade curricular do curso de Nutrição. Após a graduação, se especializou em Urgência e Trauma, através do programa de Residência Multiprofissional. Atualmente, é a nutricionista de referência de um turno de Hemodiálise e da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), no serviço de saúde em que atua.

A Nutrição desempenha um papel crucial na vida dos pacientes em Hemodiálise, já que manter uma nutrição adequada é importante para a garantia dos nutrientes necessários para o mantimento de um estado nutricional adequado.

Na Hemodiálise, os pacientes são aconselhados para que a ingestão de proteínas seja limitada, já que a função renal está comprometida e esta ingestão pode levar à acumulação de produtos finais do metabolismo. O rim de um paciente dialítico também possui dificuldade de excretar esses minerais e, por isso, a ingestão de alimentos ricos em fósforo também é controlada. Pode ser necessário, ainda, a prescrição de suplementos nutricionais para garantir que os pacientes obtenham quantidades adequadas de vitaminas e minerais essenciais. O controle do peso também é fundamental, já que a Hemodiálise pode resultar em perda de fluidos durante o processo de filtração do sangue — monitorar

o peso regularmente é essencial para garantir que não haja desidratação ou retenção de fluidos.

Lua relata que existem certas dificuldades na rotina de orientação dos pacientes da Hemodiálise, já que estes possuem um tratamento de longa duração e acabam passando a conhecer as rotinas alimentares e, ainda, algumas vezes, adaptando-as por conta própria.

“Os pacientes daqui [da Hemodiálise] são pacientes crônicos e, por isso, estão aqui há muito tempo. E esses que estão aqui há bastante tempo acabam já sabendo muito sobre a alimentação e sobre aquilo que eles devem ou não fazer; o que eles devem ou não devem consumir. [O atendimento] acaba sendo um desafio, quando você precisa reforçar essas orientações: a necessidade de manter os exames adequados, necessidade de manter o controle do consumo de alguns alimentos. Reforçar essas importâncias para eles que estão aqui há anos, que já estão acostumados com essa vida, é um desafio, porque existem alguns que seguem e outros que não.

Existem, na verdade, alguns perfis comuns de pacientes. Tem paciente que inicia a Hemodiálise e tem um pouco mais de dificuldade [em se adaptar às orientações]. Se era um paciente que tomava muito líquido antes, você percebe que é necessário trabalhar o reforço da orientação, porque é difícil mesmo, no começo. Tem paciente que tomava dois litros de água e agora só vai poder tomar oitocentos mililitros, por exemplo. Então, às vezes, no começo, eles têm dificuldade de aderir essa restrição por ela ser muito drástica. Outros pacientes, não. Alguns já tinham o costume de não tomar tanta água. Tem alguns pacientes que já são um pouquinho mais antigos e já sabem que, se ele toma um pouquinho mais [de água], precisa compensar quando retorna à restrição. Eles já entendem que precisam ter essa restrição, que é importante para eles, que tomar muito líquido é um risco para eles. E outros que realmente têm um pouco mais de dificuldade mesmo, sempre acabam chegando com o peso a mais do que seria o ideal e a gente já sabe que está relacionado à ingestão de líquidos. E aí a gente vai reforçando as orientações, explicando métodos de redução de sede. É difícil para eles e a gente sabe”.

Assim, os pacientes em Hemodiálise devem ter acompanhamento nutricional regular. Isso permite ajustes na dieta, conforme necessário, para atender às necessidades individuais de cada paciente.

A segunda entrevistada, que será chamada de Azul, trabalha no mesmo serviço de saúde que Lua há 26 anos, porém, iniciou a carreira na área administrativa. Optou por cursar Psicologia pensando em uma carreira voltada aos Recursos Humanos (RH), porém, acabou se interessando pela Clínica. Passou a atender em consultório em paralelo ao seu trabalho administrativo, mas, depois, decidiu que queria atuar apenas como psicóloga. Quando ocorre um processo seletivo interno para contratação de psicóloga, participou deste e foi contratada. Atualmente, é a psicóloga de referência de três turnos de Hemodiálise e da Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD).

A Psicologia desempenha um papel fundamental no tratamento de pacientes em Hemodiálise. A Doença Renal Crônica (DRC) e a Terapia Renal Substitutiva (TRS)

podem ter um impacto significativo no bem-estar emocional, mental e social dos pacientes. A necessidade de tratamento dialítico pode ser emocionalmente desafiadora e, assim, os psicólogos podem ajudar os pacientes a compreenderem e lidarem com suas emoções, facilitando o processo de adaptação.

Este tratamento é, muitas vezes, associado a estresse e ansiedade, devido sua natureza invasiva e suas frequentes sessões. A ansiedade é um estado emocional formado por componentes psicológicos e fisiológicos que fazem parte do estado normal das experiências humanas. Pode se estabelecer associada a quase todas as patologias e, no caso da Doença Renal Crônica (DRC), pode surgir por conta de dois fatores: cronicidade da doença e tratamento rígido. Pode surgir, também, em relação às possibilidades de perda (VALLE, et al. 2013). Nesses pacientes, a ansiedade representa limitações e traz consequências ao tratamento (ZANELLA & KOBUS IN: VALLE, 2013).

Os pacientes dialíticos, ao se adaptarem física e mentalmente a seu tratamento — como as prescrições, restrições e dietas —, acabam ficando em estado de alerta e tensão, o que desencadeia reações de ansiedade devido à constante exposição às situações estressoras, como a diálise e a permanência frequente em ambiente hospitalar (HIGA, 2008 IN: VALLE, 2013). Por isso, além do acompanhamento médico, é de fundamental importância atendimento psicológico.

A Doença Renal Crônica (DRC) e a Terapia Renal Substitutiva (TRS) não afetam apenas o paciente, mas possuem, também, um impacto significativo nas famílias. Os psicólogos podem oferecer suporte emocional e estratégias de enfrentamento para os membros da família, facilitando a adaptação a novas circunstâncias.

Azul relata que existem, ainda, demandas externas relacionadas à família que afetam, também, o tratamento do paciente:

“A demanda mais comum costuma ser questões familiares, como, por exemplo: “eu estou bem com o meu tratamento, mas os meus netos estão sofrendo”; ou situações de violência doméstica; ou situações financeiras de terceiros, como “hoje eu vim para a Hemodiálise muito triste, porque meu neto não tinha um tênis para ir à escola”. Então, de uma certa forma, costumam aparecer mais demandas externas do que as que tenham relação com o próprio diagnóstico. Então, às vezes, o contexto que a pessoa está vivendo não permite que tanto que ela se adapte, de fato, ao diagnóstico, porque o exterior se sobressai. Se as questões externas são psicológicas, se são alimentares, se são sociais, temos a equipe multiprofissional para ter um olhar sobre este paciente”.

A Psicologia desempenha um papel essencial na Hemodiálise, contribuindo para o cuidado integral dos pacientes, abordando aspectos emocionais e comportamentais que impactam sua saúde e qualidade de vida.

A terceira entrevistada, que será chamada de Coruja, trabalha no mesmo serviço de saúde que as outras entrevistadas há dezesseis anos, tendo iniciado três anos após sua graduação em Serviço Social. Anteriormente, possuía uma carreira administrativa, como analista de Organização, Sistemas e Métodos (OSM). Neste serviço de saúde, foi assistente social de referência da maternidade, das enfermarias, das Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) e do pronto-socorro, ao longo dos anos. Durante sua carreira neste serviço, se especializou em Gestão em Saúde. A Hemodiálise foi um dos primeiros setores no qual atuou. Por uma questão de remanejamento interno, retornou para cobertura de férias, cobertura de licenças. Retomou seu trabalho como assistente social de referência de um dos turnos da Hemodiálise há dois anos.

É importante compreender que a pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) não deve ser considerada uma pessoa doente, mas sim um cidadão que possui direitos e deveres, capaz de contribuir com a sociedade. Por isso, é necessário debater os direitos sociais das pessoas que possuem esta patologia, com estratégias para a minimalização das dificuldades, auxiliando a providência de recursos e acesso a serviços. Assim, o assistente social deve intervir, de variadas maneiras, para contribuir com o processo de tratamento e tornando os pacientes sujeitos ativos em seu processo saúde-doença.

É necessário ressaltar, ainda, que o conhecimento dos assistentes sociais em relação aos direitos sociais é indispensável, visto que este se faz como um dos instrumentos de trabalho mais importantes, afinal, é a partir deste conhecimento que o profissional irá interagir com o usuário e viabilizará as políticas sociais necessárias para a satisfação de suas necessidades (ALBIERO & SILVA, 2019).

3.3 O assistente social na garantia dos direitos do paciente com Doença Renal Crônica em Hemodiálise

3.3.1 Direito ao transporte

O direito ao transporte é considerado uma dimensão essencial dos direitos humanos, uma vez que está ligado à liberdade de movimento, ao acesso de serviços e à

participação plena na sociedade. Implica que todas as pessoas têm o direito de se locomover de maneira segura, eficiente e acessível.

O transporte adequado garante que as pessoas tenham acesso a oportunidades educacionais, de emprego, lazer e saúde. Permite que os indivíduos se desloquem para locais de trabalho, escolas, hospitais, parques e outros lugares importantes para o desenvolvimento pessoal e social. É fundamental para a inclusão social, já que pessoas que têm acesso facilitado ao transporte público ou a meios de locomoção adequados têm mais chances de participar ativamente na sociedade, interagir com outros membros da comunidade e desfrutar de uma variedade de experiências sociais.

O direito ao transporte está previsto no Estatuto da Cidade (Lei Nº 10.257, de 10 de julho de 2001), em seu artigo 2º:

“Art. 2º A política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, mediante as seguintes diretrizes gerais:

I – garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infra-estrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações;

[...] V – oferta de equipamentos urbanos e comunitários, transporte e serviços públicos adequados aos interesses e necessidades da população e às características locais [...]” (BRASIL, 2001).

É retomado diversas vezes ao decorrer do Estatuto da Cidade, inclusive como competência da União (Art. 3º), já que é considerado uma condição para a participação plena na vida urbana. Isso implica não apenas na capacidade de deslocar, mas também na capacidade de influenciar a forma como a cidade é planejada e organizada.

O direito ao transporte inclui a necessidade de tornar os sistemas de transporte acessíveis para todas as pessoas, incluindo as com deficiência. Isso pode envolver adaptações nos veículos, nas infraestruturas e nos serviços para a garantia de inclusão de todos.

Previsto no Capítulo II da Constituição Federal de 1988, é considerando um Direito Social. O Art.6º prevê que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

O assistente social trabalha de maneira direta com a garantia do direito ao transporte. O município de Campinas oferece transporte ao paciente em Hemodiálise em três diferentes formas: uma parceria com a Associação das Empresas de Transporte

Coletivo Urbano de Campinas (TRANURC), na qual é realizado um cadastro para que o paciente tenha acesso à Clínica de Hemodiálise com o transporte coletivo, sem custo; o Programa de Acessibilidade Inclusiva (PAI-Serviços), destinados àqueles com deficiência física ou mobilidade reduzida; e, ainda, o Serviço de Atendimento a Pacientes Especiais Crônicos (SAEC), que atua no transporte de pacientes crônicos e restritos ao leito.

Segundo o relato de Coruja,

“Tem a questão do transporte, por exemplo, que costuma parecer uma coisa tão simples. O paciente idoso, por exemplo, já tem alguma limitação, e aí ele tem um diagnóstico. Então, vira uma rotina extremamente limitada e isso pesa bastante para a família. Se esse paciente não consegue usar transporte público e um familiar precisa ir e voltar com ele dia sim, dia não, não é fácil. Vai deixar o paciente aqui e ir embora? Vai ficar esperando?”

Completa, ainda, que

“Nessa parte, são poucas pessoas da equipe que costumam participar. Eu, como assistente social, atuo na questão da orientação. O PAI-Serviços, por exemplo, tem como critério pré-estabelecido a deficiência física e mobilidade reduzida, então, não é para todo mundo que eu oriento. O SAEC, por outro lado, atende pacientes crônicos, então oriento àqueles que não tem condições clínicas de usar o transporte público. A equipe médica fornece relatório médico com a Classificação Internacional de Doença (CID), o preenchimento de formulários que necessitam de comprovação do diagnóstico. Geralmente, o próprio paciente ou o familiar tramitam o processo de solicitação de qualquer um desses serviços, mas, quando é necessário, eu auxílio no processo de cadastro. Então, no fim das contas, no processo de solicitação de transporte, é mais comum a participação de assistente social e médico.”

3.3.2. Direitos previdenciários e socioassistenciais

Os direitos previdenciários e socioassistenciais referem-se a duas áreas distintas da proteção social, cada uma com características específicas. A Previdência Social, disposta na Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991, é sistema que visa garantir a proteção financeira aos cidadãos em situações específicas, como aposentadoria, pensão por morte, auxílio por incapacidade temporária, auxílio por incapacidade permanente, etcetera. É um seguro social adquirido por meio de uma contribuição mensal que garante ao segurado uma renda quando este não puder exercer uma atividade laboral. De uma maneira geral, para ter direito aos benefícios previdenciários, os indivíduos devem contribuir para o sistema previdenciário durante um determinado período. As contribuições podem ser

feitas por meio do desconto em salários de trabalho de carteira assinada, contribuição facultativa, entre outras formas.

O Auxílio por Incapacidade Temporária, mais especificamente, antes conhecido como Auxílio-Doença, é um benefício devido ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que comprove, mediante perícia médica, estar incapacitado temporariamente para o trabalho ou sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos em decorrência de doença ou acidente. Periodicamente, o segurado do Auxílio por Incapacidade Temporária pode ser convocado para uma nova perícia de revisão. Essa avaliação visa verificar se a incapacidade persiste, se houve melhora ou se o beneficiário está apto a retornar à atividade laboral.

Os direitos socioassistenciais, por outro lado, referem-se à assistência social: uma política que visa garantir proteção e apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade social, independente de suas contribuições. Diferente dos benefícios previdenciários, os direitos socioassistenciais são regidos pelo princípio da “universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (BRASIL, 1993).

Os direitos socioassistenciais possuem um foco amplo, buscando proteger não apenas o indivíduo, mas também a família como um todo, promovendo, por exemplo, o fortalecimento de vínculos. Além dos benefícios direitos, os direitos socioassistenciais envolvem políticas e programas que visam a inclusão social, o acesso à educação, as oportunidades de trabalho e outras formas de participação na sociedade.

Um dos benefícios socioassistenciais é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto pela Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, também conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é destinado a idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos e a Pessoas Com Deficiência (PCD) de qualquer idade que comprovem não possuir meios de prover a própria subsistência, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito a esse benefício, a renda per capita da família do beneficiário deve ser igual ou superior a um quarto de salário-mínimo vigente. Além da avaliação de renda, a concessão do benefício envolve uma avaliação médica para verificar a condição de incapacidade (no caso das Pessoas Com Deficiência [PCD]). Não pode ser acumulado com outros benefícios previdenciários ou assistenciais, com exceção do recebimento de Pensão por Morte. Está sujeito a revisões periódicas para verificar se os beneficiários ainda atendem aos critérios estabelecidos pela legislação e isso pode

envolver perícias médicas ou sociais. Além de fornecer uma renda mínima, o benefício busca promover a inclusão social das Pessoas com Deficiência e de idosos, garantindo-lhes meios de participar da vida comunitária. Ainda que não seja relacionado a contribuição previdenciária, é um benefício tramitado junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Ambas as áreas (previdenciária e socioassistencial) são fundamentais para a construção de uma rede de proteção social abrangente, visando atender às diferentes necessidades dos cidadãos.

Considerando o estágio 5-D da Doença Renal Crônica (DRC) é avaliada como uma doença grave e, ainda, classifica o paciente como Pessoa com Deficiência (PCD), os pacientes recebem orientações sobre os benefícios dessas categorias. São orientados sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), pela Lei Nº7.713/1988; saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), pela Lei Nº8.036/1999, porém, apenas com ação judicial; quitação do financiamento imobiliário — quando beneficiário do Auxílio por Incapacidade Permanente —; prioridade de tramitação de processo judicial, pela Lei 13.105/2005.

Existem, ainda, os benefícios previdenciários, como o Auxílio por Incapacidade Temporária e o Auxílio por Incapacidade Permanente. Além disso, o paciente em Hemodiálise que não possui qualidade de segurado junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pode, mediante a um critério de renda, ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Segundo o relato de Coruja,

“[...] Os benefícios mais recorrentes são o Auxílio por Incapacidade Temporária e o BPC. Como os pacientes são crônicos e possuem um tratamento longo, a gente acaba acompanhando o decorrer do processo. O momento da orientação, a organização de documentos necessários para solicitação, a perícia e, enfim, o atendimento em que o paciente informa que está recebendo o benefício.”

3.3.3. Direito à alimentação

O direito à alimentação é um dos direitos fundamentais reconhecidos internacionalmente e está vinculado ao direito humano à vida e à dignidade. É consagrado em diversos documentos e tratados internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos que prevê, em seu artigo 25, que “toda pessoa tem direito a um padrão

de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação [...]”.

O direito à alimentação está intimamente ligado ao princípio de dignidade humana e a garantia ao acesso a alimentos adequados e suficientes é essencial para preservar a dignidade de cada pessoa.

O Estado tem responsabilidade primária de assegurar que todos os seus cidadãos tenham acesso regular, permanente e irrestrito a alimentos em quantidade e qualidade adequadas. Isso inclui a promoção de políticas públicas que garantam a segurança alimentar. Prevista no Capítulo II da Constituição Federal de 1988, é considerada um Direito Social. O Art.6º prevê que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

O direito à alimentação abrange não apenas o acesso físico aos alimentos, mas também o acesso econômico, o que implica que as pessoas devem ter recursos suficientes para adquirir alimentos de qualidade. Envolve o combate à fome e à desnutrição, incluindo a necessidade de implementação de políticas e programas para garantir que ninguém sofra de fome ou desnutrição.

Deve ser garantido de maneira igualitária e sem discriminação, o que implica que todas as pessoas, independente de sua origem étnica, de gênero, idade, classe econômica, devem ter igualdade de acesso aos alimentos. O direito à alimentação é fundamental para a promoção do bem-estar humano e para assegurar condições adequadas para o desenvolvimento pleno das pessoas.

No que se trata do paciente portador de Doença Renal Crônica (DRC), o rim não consegue eliminar adequadamente os restos dos alimentos digeridos e, por isso, é necessária uma orientação nutricional. Ao iniciar o programa dialítico, é essencial ter uma alimentação correta para evitar a desnutrição. Os níveis de fósforo e potássio podem estar elevados e devem ser acompanhados de perto. Uma alimentação correta é essencial para o sucesso no tratamento e, por isso, é importante que o paciente esteja em acompanhamento com um profissional especializado na área (MARTINS e JUNIOR, 2008).

O município de Campinas possui o Instituto de Solidariedade para Programas de Alimentação (ISA), que se trata de uma Organização Não-Governamental (ONG) e funciona dentro da Central de Abastecimento de Campinas (CEASA). Segundo o site da própria ONG, esta arrecada doações de frutas, verduras e legumes dos permissionários da

CEASA Campinas e, então, selecionada, higieniza e distribui. Segundo o site da ONG, há uma média de trinta e três mil pessoas assistidas e centenas de entidades assistenciais.

Levando em consideração um critério de renda, os pacientes em Hemodiálise podem ter acesso a esse benefício, devido seu diagnóstico e a importância de uma alimentação saudável durante seu tratamento.

O relato de Lua mostra a importância da orientação e aquisição desse benefício para o andamento do tratamento, que possui diversas exigências alimentares.

“Às vezes, antes de entrar com o ISA, o paciente acaba ficando restrito de algumas coisas. De legumes, frutas, por exemplo. E aí a gente pede o ISA para ajudar, porque existem várias pessoas não tem condições de bancar uma alimentação mais saudável. Então acaba, sim, acontecendo de o paciente trazer para mim que não está seguindo as orientações e não está consumindo os alimentos corretos porque não estava conseguindo financeiramente. E aí, eu peço o auxílio da assistente social para a aquisição de algum benefício, para que o paciente consiga ter acesso a alimentação orientada. Como os pacientes que estão aqui já estão há alguns anos, já se estabilizaram financeiramente e já estão organizados para seguir a orientação, mas é algo que acontece comumente. E a gente sabe que isso limita o consumo mesmo. Não dá para ter uma alimentação saudável, se você não tem disponível as frutas, os legumes, etcetera, e aí você acaba optando por uma bolachinha, alguma coisa assim, que são alimentos menos saudáveis e mais baratos”.

3.3.4. Direito ao tratamento adequado

O direito ao tratamento adequado é um componente essencial e refere-se à garantia de que todas as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, respeitando os princípios éticos, a individualidade e a autonomia dos pacientes.

Está ligado ao acesso universal à saúde previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e significa que todos os indivíduos têm o direito de receber cuidados, independentemente de sua origem étnica, condição econômica, gênero ou idade.

O tratamento adequado implica no recebimento de serviços de saúde que atendam aos padrões de qualidade estabelecidos, como acesso a profissionais qualificados, instalações adequadas, medicamentos seguros e eficazes, além de práticas de tratamento baseadas em evidências científicas.

O tratamento adequado deve ser fornecido de maneira que respeite a dignidade e a integridade dos pacientes, respeito a privacidade e considerando valores e crenças individuais. Inclui o acesso a medicamentos essenciais para o tratamento de doenças, sendo eles acessíveis e disponíveis quando necessários.

O paciente possui o direito de ser ativo no processo de decisão sobre seu tratamento, sendo um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no Artigo 7º da Lei Nº 8.080: “III — preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. A participação do paciente deve ser valorizada e os profissionais devem envolver os pacientes na elaboração de planos e cuidados.

O relato de Coruja demonstra um momento em que, em um atendimento ao paciente e mediante uma escuta ativa, a vontade do paciente foi ouvida e, mediante a possibilidades clínicas, o plano terapêutico passou a ser transformado:

“Teve um paciente que não possuía condições clínicas para o transplante, por usar bolsa de colostomia. E aí, em uma reunião, foi questionada a razão da bolsa de colostomia. Ele não era oncológico, não havia perdido o intestino... Começamos a destrinchar a história, para saber se havia a necessidade de manter essa bolsa, que foi colocada em uma emergência e que não foi acompanhada depois. E, um pouquinho antes da perda de seguimento, a equipe estava estudando a possibilidade de retirada da bolsa. Então, conseguimos o acompanhamento dele com a Coloproctologia, porque é diferente não ser indicado para transplante e simplesmente não querer o transplante. A psicóloga começou a trabalhar a potencialização dos ânimos dele, eu tentei conseguir o retorno na especialidade para ele, o enfermeiro refez várias orientações... Agora, ele se animou, retornou na especialidade, fez exames e está aguardando a conduta médica quanto ao transplante porque é algo que ele realmente quer e nunca imaginou que poderia ter a possibilidade de conseguir”.

O tratamento adequado também implica a continuidade ao longo do tempo. Isso envolve o acompanhamento regular, monitoramento de condições crônicas e intervenções oportunas.

Outro relato de Coruja demonstra a importância de trabalhar junto ao paciente a continuidade do tratamento:

“Teve, também, uma paciente que fazia as sessões de terça, quinta e sábado. Só que praticamente toda quinta ela faltava. Era mais comum ela faltar em uma quinta, do que aparecer. E a gente sempre dizia que não podia, porque, dentro dos protocolos, o paciente não pode faltar. E aconteceu que ela simplesmente optou por fazer duas sessões na semana. Não era indicação médica, ela apenas decidiu porque ela tinha uma mobilidade reduzida e era difícil o acesso ao serviço. Depois, na reunião com a equipe, percebemos que ela tinha decidido fazer duas sessões na semana porque havia percebido que isso não alterava os exames dela, que vinham perfeitos, dentro do esperado — melhor, ainda, do que aqueles que faziam sessão extra. E aí explicamos para ela que estava tudo bem a curto prazo, mas que, a longo prazo, as consequências poderiam ser outras. Ela também estava suspensa do transplante, por ter dito o diagnóstico de tumor maligno e fez tratamento oncológico. E já estava para vencer os cinco anos de suspensão, então a equipe começou a fazer de tudo para que ela aderisse o tratamento de forma completa para poder ser reinserida na lista de receptores, fazê-la compreender a razão de todas as exigências”.

Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, “todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema” (BRASIL, 2011). No que se trata do tratamento adequado, a adesão do tratamento se faz extremamente necessária. Essa atividade, conjunta entre paciente e equipe, requer que o paciente não só siga as orientações, mas compreenda e concorde. Entretanto, a não adesão ao tratamento de doenças pode ser determinada por vários aspectos, como socioeconômicos e culturais, psicológicos, institucionais e pela relação entre o profissional da saúde com o paciente. A adesão ao tratamento eficaz é um fator crítico para o sucesso do tratamento e para a melhoria dos resultados de saúde.

A compreensão clara das instruções médicas é essencial. Os profissionais de saúde devem comunicar de maneira eficaz os detalhes do tratamento, incluindo posologia⁴, frequência e duração, garantindo que os pacientes compreendam completamente o que é esperado deles.

A educação do paciente desempenha um papel crucial na adesão ao tratamento. Informar os pacientes sobre sua condição de saúde, a importância do tratamento e os benefícios esperados pode motivá-los a seguir as recomendações médicas.

Fatores psicossociais, como o apoio da família, amigos e comunidade, desempenham um papel significativo na adesão ao tratamento. O suporte emocional pode ajudar os pacientes a enfrentarem desafios e a manter a motivação. Um relato de Azul retrata essa realidade, ao demonstrar como o apoio familiar refletiu na frequência do paciente em suas sessões de Hemodiálise:

“Teve um paciente muito faltante, que falava que a família não o compreendia. Dizia que ele chegava da sessão passando muito mal, mas que a família achava que era frescura. Chamamos a esposa para conversar e ela foi super atenciosa. Explicou, demonstrou de todas as formas, que existia uma rede de apoio muito grande e atenciosa, mas que ele era resistente e não aceitava. Foi uma conversa bem longa. Ele se tornou um paciente muito mais aderente e parou de faltar. Depois, ele disse que estava com medo da esposa vir aqui conversar, mas que acabou gostando muito, porque eles conversaram bastante, ele pode dizer o que estava sentido e as coisas estavam bem melhores. Na conversa com a família dele, estava a equipe toda: eu, assistente social, nutricionista, enfermeiro e até o médico. E foi muito legal ver esse resultado, essa diferença”.

⁴ Posologia: forma de utilizar os medicamentos, isto é, o número de vezes e a quantidade de medicamento a ser utilizado a cada dia.

O acompanhamento regular por profissionais de saúde pode ajudar a monitorar a adesão ao tratamento. A equipe multiprofissional possui um papel muito importante na adesão do tratamento, conforme os relatos de Azul e Coruja, respectivamente:

“Acredito que dar atenção ao que está entorno do diagnóstico traz consequências diretas ao tratamento. A gente tem mania de dizer que o paciente não está aderindo ao tratamento, mas, às vezes, a vida dele está um desastre. Ele não consegue simplesmente aderir o tratamento. Às vezes, o paciente falta em uma sessão de Hemodiálise e todo mundo já pensa na falta em si, mas e a causa da falta? Às vezes, tem uma razão muito grande por trás dessa falta. E acontece bastante de a pessoa faltar, às vezes, até por causa de problemas com bebida, por exemplo. E a gente tenta fazer essa psicoeducação, chamar o familiar para compreender a situação”.

“Na saúde, falamos muito sobre a adesão do tratamento. Às vezes, se você vai lá e conversa sozinho com o paciente com a sua formação, com o seu enfoque profissional, você vai direcionar as perguntas para sua profissão, porque a sua profissão pede. E aí ele te traz uma devolutiva. O outro profissional vai, conversa a mesma coisa, do mesmo modo: com o enfoque na própria profissão. Ou seja, quando você junta todos os profissionais para falar sobre o mesmo paciente, cada um tem um parecer. E eu acho que é importante essa coisa de cada um atender sozinho e depois cada um trazer a sua visão. Aquilo que, às vezes, o paciente falou no seu atendimento que não falou no meu, mas que a gente, juntando as duas respostas, a gente consegue visualizar melhor ou tentar entender melhor o porquê daquela demanda. Às vezes, você muda o projeto, você muda o plano terapêutico do paciente depois dessa conversa”.

A fala de Coruja apresenta explicitamente a ideia da interdisciplinaridade ao expor, a partir de suas experiências profissionais, a vivência da possibilidade de mudança do plano terapêutico do paciente após uma análise interdisciplinar. Mostra como é válido e eficaz este tipo de abordagem, em que os diferentes profissionais trabalham em conjunto com uma visão abrangente (em que cada especialista expõe sua perspectiva profissional), troca de informações e a sinergia de tratamentos. Essa abordagem permite uma visão mais completa e integrada da saúde do paciente, levando a mudanças e adaptações benéficas no plano terapêutico ao longo do tempo.

3.3.5. Direito ao transplante renal

O transplante renal, como uma das possibilidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS), também é um direito que perpassa pela atuação da equipe multiprofissional. Existem diversas exigências e acompanhamentos que a equipe mantém durante o processo de acesso ao transplante.

O direito ao transplante renal está fundamentado no princípio de igualdade no acesso a tratamentos médicos. Todos os pacientes que preencham os critérios clínicos e são consideráveis elegíveis devem ter a oportunidade de receber um transplante renal. Inclui o respeito à integridade e à dignidade do paciente durante todo o processo, desde a avaliação até o pós-transplante, implicando uma abordagem centrada no paciente e no respeito de seus valores e preferências.

O Sistema Estadual de Transplante (SET) obedece a determinação do Decreto Federal 2.268/97, que regulamenta a Lei Federal 9.434/97. Integra o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que estabelece a maneira como os órgãos e tecidos cadavéricos serão captados e distribuídos no estado. O Sistema Estadual de Transplante (SET) compreende seis módulos:

1. Módulo de Transplante de Coração;
2. Módulo de Transplante de Fígado;
3. Módulo de Transplante de Rim;
4. Módulo de Transplante de Pulmão;
5. Módulo de Transplante de Pâncreas Isolado e Rim/Pâncreas;
6. Módulo de Transplante de Córnea.

O Módulo de Transplante define a estrutura das entidades integrantes, as atribuições e a operacionalização das atividades para notificação, captação e distribuição de órgãos e tecidos cadavéricos.

O processo de transplante renal envolve uma avaliação médica abrangente para determinar a elegibilidade do paciente. Esses critérios envolvem a gravidade da insuficiência renal, estado de saúde geral, avaliação psicossocial e a ausência de condições médicas que possam prejudicar o sucesso do transplante.

Coruja relata que

“O direito ao transplante, de fato, tem a atuação da equipe como um todo. Existe, inclusive, um documento que é assinado por toda a equipe multiprofissional para que o paciente entre na lista de espera do transplante. Eu faço o acompanhamento da Listagem de Estadual de Receptores de Rins, por exemplo, monitorando a admissão dos pacientes e a manutenção dos status. O status pode ser “soro vencido”, em tempo de suspensão, inativo temporário, inativo definitivo ou ativo. O soro vencido ocorre porque, a cada três meses, a clínica de diálise colhe exames básicos e encaminha os resultados para a equipe de inscrição do hospital em que o paciente está inscrito para realizar o transplante. Os exames pré-transplante são, geralmente, acompanhados pelo

Serviço Social e a Enfermagem. O tempo de suspensão pode durar até 365 dias e ocorre quando a consulta anual para permanência na lista do transplante do paciente está pendente — caso a consulta não ocorra em 365 dias, o paciente é retirado da lista. O inativo temporário é quando a contraindicação médica ainda pode ser revertida, como no caso de pacientes oncológicos, por exemplo, já que contraindicação dura até a certeza de que não há doença latente. O inativo definitivo pode ocorrer por contraindicação médica, como, por exemplo, pacientes com cardiopatia grave, ou até mesmo por assinatura do Termo de Recusa de Transplante.

3.4 O trabalho interdisciplinar da equipe multiprofissional na Hemodiálise

O trabalho multiprofissional abre espaço para diferentes organizações de atuação. Durante a pesquisa, foram estudados os métodos multidisciplinar e interdisciplinar. A multidisciplinaridade envolve a abordagem de uma questão a partir de múltiplas disciplinas, de modo que cada uma contribuindo com suas perspectivas e métodos de análise. No entanto, as disciplinas geralmente operam, mesmo que lado a lado, de forma independente, sem uma integração profunda entre elas. Cada disciplina pode abordar o problema de forma isolada, compartilhando informações apenas no final do processo. Cada disciplina na abordagem multidisciplinar mantém seu foco na especialização, utilizando métodos e teorias específicos para analisar o aspecto do problema relacionado à sua área de conhecimento. A coordenação entre disciplinas na multidisciplinaridade pode ser limitada, com menos integração entre os diferentes pontos de vista. Cada disciplina contribui com sua expertise, mas a síntese das informações pode ocorrer apenas em estágios posteriores.

A interdisciplinaridade, por outro lado, implica uma colaboração mais profunda entre disciplinas. Os profissionais de diferentes áreas trabalham juntos desde o início, compartilhando conhecimentos e integrando suas abordagens para desenvolver uma compreensão mais abrangente do problema. Na interdisciplinaridade, há uma busca ativa pela integração profunda de conceitos, teorias e métodos entre as disciplinas envolvidas. Promove cooperação entre os especialistas de diferentes disciplinas. O objetivo é ir além das abordagens fragmentadas e criar uma compreensão mais completa e integrada do problema em questão. Há um compartilhamento mais equitativo de responsabilidades e decisões entre os profissionais de diferentes disciplinas. A colaboração é mais horizontal, com uma abordagem de trabalho em equipe. É frequentemente adotada quando se lida com problemas complexos que não podem ser totalmente compreendidos ou resolvidos por meio de uma única disciplina.

Durante as entrevistas realizadas, as respostas foram unânimes ao relatarem que o trabalho é intercalado entre a atuação multidisciplinar e interdisciplinar, adaptando-se a necessidade do paciente e a possibilidade organizacional. As opiniões divergem levemente, porém, a interdisciplinaridade é reconhecida por todas as entrevistadas.

Lua: “Acredito que a gente consegue ser interdisciplinar, até porque não adianta eu olhar sozinha para o caso do paciente. Preciso olhar ele como um todo. Na minha profissão, não posso dizer “Olha, você tem que comer isso”, se o paciente não tem uma condição financeira que o permita alcançar isso. E é aí, por exemplo, que a assistente social entra, para que eu possa conversar com ela e ver se ele tem algum benefício, por exemplo. Ou a psicóloga, por exemplo, nos momentos em que a perda de peso que não está relacionada a alimentação somente, é porque ele não está bem psicologicamente. Para mim, o paciente é um todo e, por isso, precisamos trabalhar com o olhar interdisciplinar”.

Azul: “Eu acho que a multidisciplinaridade ou a interdisciplinaridade, depende um pouco da equipe. Como eu atendo todos os turnos da Hemodiálise, enxergo algumas diferenças de como a equipe funciona. Tem equipe que abraça a causa, mas, mesmo assim, respeita o espaço de cada um. Tem profissionais que eu sinto que respeitam cada profissão e a gente chama um ao outro quando precisa, mas têm outros que acham que são psicólogos, que resolvem tudo, sabe? Então, é bem complicado. Mas, assim, de uma forma geral, eu vejo que há esse respeito, que há essa individualidade. Cada um tem a sua opinião referente ao paciente e dá um bom resultado no final, mas tem as particularidades”.

Coruja: “Acredito que o trabalho seja uma mistura de multidisciplinar e interdisciplinar, porque o trabalho interdisciplinar esse olhar mais aberto, abrir o leque. Acredito que, a partir do momento em que você conversa com o paciente e consegue identificar a demanda que você precisa compartilhar com a equipe, de certa forma, você já está fazendo uma atuação interdisciplinar, mesmo que esse tipo de atuação não se resume apenas nisso. Só que, a partir do momento que você passa isso para essa discussão com a equipe e todos tentam ampliar essa visão do paciente, cada um na sua área de atuação, você está fazendo multidisciplinar. Então, eu entendo que na equipe de Hemodiálise, a gente consegue trabalhar as duas coisas”.

Neste serviço de Hemodiálise, foi estabelecida uma rotina de atendimentos em que os profissionais possuem a liberdade de sinalizar ao profissional do qual a demanda pertence, ou ainda, compartilhar seus pareceres no momento que foi denominado de Reunião Multiprofissional.

Lua: “Essa reunião acontece com uma determinada frequência. A reunião é semanal. Todos os turnos de Hemodiálise têm o momento de reunião multiprofissional. Eu, a enfermeira, a psicóloga e assistente social nos sentamos e conversamos sobre os pacientes. Existem alguns que não têm demanda e a gente fala sobre ele como um todo, e cada um apresenta como o paciente está em sua respectiva área. E tem os pacientes com demandas, com algum problema familiar, que vai necessitar de uma convocação da família, ou um paciente com uma demanda específica e a gente apresenta para que todo

mundo esteja ciente e compreenda. Se a gente perceber que tem uma demanda a mais, a gente já conversa ali, na hora, na reunião. Os médicos acabam não participando dessa reunião por conta do horário restrito, já que eles ainda têm o atendimento no Ambulatório [de Nefrologia]”.

Azul: “Aqui, existem momentos em que um profissional está atendendo e identifica a possibilidade de demanda para a outra profissão e sinaliza para ele. Só que existe um momento em que todo mundo troca, todas as profissões se juntam e pensam no paciente como um todo. Então, temos um momento individual e um momento em grupo. Tem dias, então, que eu chego e pergunto para enfermeira que está responsável pelo turno se existe alguma demanda. Mas existe um momento que a gente chama de Reunião Multiprofissional, em que selecionamos um paciente e cada um discute seus pareceres”.

Coruja: “Eu acho que tem os dois tipos de atendimento. A equipe, na minha opinião, já está organizada para que, quando em um atendimento individual com o paciente aparece alguma demanda que não é de sua competência de atuação, sinaliza para o profissional em questão. Eu e a equipe temos o costume de acionar uns aos outros quando não temos a capacidade de atuar. E a gente orienta o paciente nesse sentido, também. Quando ele mesmo traz uma demanda e a gente não tem a resposta para dar a ele porque não compete à nossa área, a gente orienta que ele pode tratar daquele determinado assunto com o profissional X e avisamos, também, que sinalizaremos esse profissional. A gente também sinaliza porque, às vezes, mesmo quando você diz ao paciente que ele pode tratar o assunto com determinado profissional, ele não vai. Existe também o momento em que todos nós discutimos, porque é importante termos essa análise global, com todos dando sua opinião profissional. Se você compreende a demanda que o paciente traz, por mais que seja algo social, é de relevância total porque pode impactar diretamente em outras áreas. É de suma importância compartilhar com a equipe e ter uma discussão desse caso, para uma melhor conclusão e possível orientação e condução de cada profissional”.

A fala acima apresentada expõe o fato de que o profissional pode reconhecer que a atuação dentro da instituição pode ser tanto multidisciplinar, quanto interdisciplinar. Reconhece que a melhor atuação é a interdisciplinar, já que o atendimento que enxerga o paciente como um todo é o mais eficaz, porém, é capaz, também, de perceber os momentos multidisciplinares da atuação.

A Hemodiálise é um procedimento médico que utiliza uma máquina para filtrar e remover resíduos, excesso de fluídos e eletrólitos do sangue em paciente cujos rins não conseguem realizar essa função de forma adequada.

Os Serviços de Hemodiálise são geralmente oferecidos em instalações especializadas também conhecidas como Unidades de Diálise. Essas unidades são equipadas com máquinas de diálise, água, eletrólitos ou soluções, linhas de dutos arterial e venosa, agulhas de fistula, isolador de pressão, entre outros.

Os pacientes em Hemodiálise requerem sessões regulares que podem ocorrer, no mínimo, três vezes por semana, tendo cada uma a duração de, aproximadamente, três a

quatro horas. Durante essas sessões, os pacientes são monitorados de perto, desde seus sinais vitais até a resposta do tratamento, garantindo a segurança e eficácia do procedimento. Controla-se fatores como a taxa de filtração, a composição do fluido de diálise e a remoção adequada de resíduos do sangue. Isso é ajustado conforme necessário com base nas necessidades individuais do paciente.

Além disso, é importante considerar que o cuidado ao paciente crônico necessita de uma avaliação abrangente que considera não apenas a condição médica específica, mas também fatores como o histórico médico, o estilo de vida, a saúde mental, o suporte social e outros determinantes de saúde. Assim, um outro ponto trabalhado foi a necessidade de adaptação e de busca de conhecimento em relação à atuação na Hemodiálise, já que ela se difere da atuação de outras áreas de saúde.

Lua: “Ainda que eu já tivesse passado por uma breve experiência de atendimento em Hemodiálise na especialização, eu só estudei a fundo o que é Hemodiálise quando entrei aqui. Eu tinha noção de várias coisas, até porque não há como atender um paciente sem ter a mínima noção do tratamento dele, mas só fui compreender mesmo quando entrei aqui. Precisei estudar muito. O perfil do paciente muda e a gente percebe. E é aí, também, que o atendimento multiprofissional se inicia, até porque o próprio perfil psicológico do paciente é diferente. Às vezes, a gente, na conversa com o paciente, fazendo orientações em relação à perda de peso, por exemplo, e aí você vai entender que essa perda de peso está relacionada com o relacionamento familiar. Enquanto a gente analisa algo que é da nossa própria área, a gente acaba se deparando com algo que precisa da atuação do colega de outra área, para tentar entender e poder haver uma atuação em conjunto. E isso era uma coisa que eu não tinha tanta noção quando estava na especialização. Eu não enxergava o paciente dessa forma, como um todo; da parte psicológica, que é diferente, por exemplo. Tive que ir trabalhando essa visão, que é muito imediata de ser percebida quando você entra na Hemodiálise. Esse contato e essa consciência de que você precisa da ajuda do outro para complementar o atendimento como um todo”.

Azul: “Acredito que tenha diferença entre trabalhar na Hemodiálise e trabalhar na área Clínica. Mas ao mesmo tempo, não tem, também, porque o sofrimento é inerente ao ser humano, sabe? Muda o diagnóstico, muda a rotina, mas todo mundo sofre, de alguma forma. Aqui, na Hemodiálise, o atendimento é um pouco diferente. Na Clínica, os pacientes te buscam, mas, na Hemodiálise, você que procura eles. De qualquer forma, tive que aprender muito quando cheguei aqui, na Hemodiálise. Tive até que aprender a escrever em formato de evolução de prontuário, que era uma coisa que eu não tinha noção [de como era a evolução em um prontuário hospitalar]. Assim, eu tive que ler muito, estudar muito, escutar os outros profissionais. Aprender o que era a máquina de Hemodiálise. O que era aquela máquina, o que era fístula, o que era catéter, *Permcath*, sabe? Quer dizer, até hoje eu ainda aprendo. Sempre digo que nunca tem como saber de tudo e que todo dia a gente aprende uma coisa diferente”.

Coruja: “Tive muito o que aprender quando passei a atender a Hemodiálise. Na enfermaria, a organização do atendimento é diferente: o paciente é internado, você atende e depois ele recebe alta. Não há tempo de estabelecer vínculos, digamos assim. Às vezes, você nem vê o desfecho da história, de como procedeu as orientações que você deu, como correu os encaminhamentos que você fez. Na Hemodiálise, isso é bem diferente. É atendimento ao paciente

crônico e você o vê um dia sim, um dia não. É um contato diferente. Naturalmente, flui de outra forma. Você acaba conhecendo mais o paciente, se envolvendo mais e acaba tendo que por alguns limites que não seriam tão necessários em uma enfermaria, por exemplo. Estruturar seu acompanhamento de uma forma que o vínculo não se transforme em uma amizade, de uma maneira que você não fuja da ética”.

Como exposto anteriormente, o Ministério da Saúde, desde o ano de 2004, estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, o qual passa a exigir que cada serviço tenha a ele vinculado, pelo menos, um assistente social, bem como regulamenta a exigência dos demais profissionais necessários para o devido funcionamento do serviço: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista e psicólogo. Quando questionadas se elas achavam que, mesmo que não houvesse exigências federais, suas respectivas profissões ainda seriam incluídas no serviço de Hemodiálise, as respostas de Azul e Coruja se completaram, enquanto a de Lua possui uma certa divergência.

Lua: “Para mim, a Nutrição é facilmente reconhecida como necessária na saúde. Mesmo sem Portaria, sem Resolução, ou sem qualquer tipo de exigência oficial, eu acredito que a necessidade de inserção é reconhecida. Quando um paciente passa a fazer Hemodiálise, a dieta dele é diferente e a gente precisa estar ali, atuando, para orientar a eles sobre a alimentação, que fica mais restrita. O paciente tem uma perda da função renal, então a quantidade de coisas que ele comia antes, ele não vai mais poder comer; a quantidade de líquido que ele consumia antes não vai mais poder ser a mesma. O médico faz a orientação prévia, às vezes, dessa mudança, mas acaba sendo um pouco mais superficial. A gente acaba entrando a fundo nessa orientação. Então, [ainda que não existisse a Resolução ou Portaria], a gente estaria ali, de alguma forma. Até porque nós temos outros parâmetros, não só a orientação na questão da alimentação. Tem a parte de controle de exames de fósforo e potássio, por exemplo, que está diretamente relacionada ao que o paciente consome. Se o paciente, às vezes, exagera em alguma coisa, pode refletir no exame. E esses exames, quando alterados a longo prazo, prejudicam muito a qualidade de vida do paciente. Paciente acima do peso, ou abaixo do peso, também correm riscos. Então, de alguma forma [mesmo sem a Resolução ou Portaria], seria necessária a intervenção de um nutricionista”.

Azul: “Eu acredito que o Psicólogo não seria inserido tão facilmente na equipe da Hemodiálise, se não fosse uma exigência. Até porque eu andei fazendo umas pesquisas em outras clínicas de Hemodiálise aqui do município e... Não são todos os lugares que têm. Geralmente, existe uma psicóloga para a instituição como um todo, mas não necessariamente dentro da Clínica de Hemodiálise. Então, quando é necessário, alguém vai lá e atende, pontualmente. E eu vi, nessa pesquisa, que a Psicologia ainda é vista como desimportante. Inclusive para os médicos, que, algumas vezes, ainda pensa que consegue fazer sozinho. Ainda, em alguns lugares, existe esse distanciamento e parece, nesses momentos, a gente sente que não é uma equipe multiprofissional”.

Coruja: “Olha, há uma demanda do paciente crônico como, por exemplo, demandas relacionadas ao transplante, que são extremamente relevantes e necessitam do acompanhamento do assistente social, mas, se não fosse uma exigência, acredito que o trabalho aconteceria de uma outra forma, que não

essa estabelecida no serviço hoje. Por uma questão de exigência da Resolução, o serviço de Hemodiálise conta com um atendimento multiprofissional que faz, pelo menos, uma consulta mensal com o paciente. O que eu acho que mudaria seria a organização do trabalho: possivelmente existiriam critérios pré-definidos para o atendimento e caberia ao assistente social dar seguimento ou não ao acompanhamento. Teria que, de alguma forma, ter o atendimento de uma assistente social para orientação de legislação previdenciária, legislação trabalhista, benefícios assistenciais (eles naturalmente têm demandas assistentes sociais por serem pacientes crônicos), mas acredito que seria mais esporádico e pontual, e não tão assíduo quanto é hoje. Então, acredito que é de extrema importância a Resolução exigir a equipe multiprofissional. E, já que exige, o desafio para as instituições que oferecem o serviço de Hemodiálise é de que esse trabalho não seja apenas o cumprimento de uma Resolução, mas que a equipe consiga um bom desenvolvimento dessa prática e que os próprios profissionais que atuarão ali, consigam compreender, também, que ele não está ali apenas para o cumprimento de uma Resolução, mas sim para desenvolver um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, que só traz benefícios. Existem alguns profissionais que, infelizmente, só estão ali para cumprir uma exigência, mas outros compreendem e vivem essa importância”.

Este trabalho apresentou, anteriormente, a ideia de Carvalho (2012), que defende a ideia de que a prática interdisciplinar necessita que o profissional permita-se aprender com os conhecimentos de outras áreas e absorver seu conteúdo com o devido respeito. Por isso, as entrevistadas foram questionadas sobre como sentem seu trabalho quando considerando parte de uma equipe: suas dificuldades, suas facilidades, o modo como o resto da equipe enxerga os próprios limites profissionais, etcetera. Para Lua,

“[...] o trabalho de todo mundo se completa e todo mundo é importante para todo mundo. Acredito que o meu trabalho se complementa com o da assistente social, também, até porque a própria condição financeira afeta a alimentação do paciente porque ele se alimenta daquilo que ele tem condição de comprar. E é nesse momento que a assistente social atua em cima dos benefícios que um paciente em Hemodiálise tem e que são disponíveis para ele. Complementa até por conta do transplante que é a assistente social que acompanha de perto. A gente tem que tentar deixar o paciente com a alimentação mais adequada possível, com os exames mais adequados possíveis, o peso mais adequado possível, porque o transplante exige isso. E, de uma forma geral, acho que a gente interage muito e sempre. O nosso trabalho se complementa, quando a gente enxerga o paciente como um todo”.

Para Coruja,

“A equipe com quem eu trabalho tem em mente o quanto é importante respeitar os limites profissionais, tanto os próprios quanto os do outro. Não adianta você apenas ter esclarecido quais são suas competências e não ter propriedade sobre tal competência. Essa propriedade está muito interligada a formação profissional e, depois da formação profissional, porque a graduação não é varinha de condão. Existe uma necessidade de existir o interesse de cada um em relação ao aprendizado. Então a gente tem um trabalho bem legal em equipe. A gente reconhece quando a atuação já não é mais do próprio campo e tem a liberdade de dizer para o outro “olha, isso não é da minha área. Acredito que seja da sua”. É lógico que a gente sempre vai ter um conhecimento raso da profissão do outro, mas é importante saber, pelo menos, o mínimo, com uma

breve troca de saberes. Isso enriquece o atendimento e enriquece você como profissional. É óbvio que não é um conhecimento detalhado porque você não está se formando na profissão do outro, mas compreender minimamente o que é falado pela outra profissão, enriquece a discussão de caso e o seu atendimento. Na área da saúde, na minha experiência, a atuação interdisciplinar é muito natural, frequente, com a equipe de enfermagem. Acredito que não haja uma boa atuação com a saúde sem uma boa interação com o enfermeiro. Mas, logo na sequência, vêm as áreas que são mais afins da formação social, como, por exemplo, o psicólogo. É uma profissão que tem tanto diálogo com o Serviço Social, que, às vezes, as pessoas até confundem e acabam solicitando um atendimento que é de competência do outro. Mas me vejo muito próxima da enfermagem e da psicologia, que acaba formando a ideia de biopsicossocial”.

Complementa, ainda, que

“A equipe com quem eu trabalho sabe muito bem os próprios limites e não costumo ter muita dificuldade com isso. A gente interage muito bem. O que costuma acontecer é uma distância com a equipe médica. Eles não costumam ultrapassar as atuações, só são um pouco mais distantes. Por isso, eu considero minha atuação complementar a dos outros, principalmente considerando nosso trabalho interdisciplinar. Um complementa o outro”.

A experiência de Azul se difere um pouco das demais, pois esta apresentou relatos de momentos em que teve os limites de seu trabalho desrespeitado.

“Não é tão frequente, mas já aconteceu de eu sentir que passaram por cima do meu trabalho. Já aconteceu, por exemplo, de uma paciente chegar chorando muito e um outro profissional acolheu antes que eu pudesse acolher. A paciente disse que não queria falar sobre o assunto no momento e queria que isso fosse respeitado. O profissional insistiu tanto, mas tanto, que a paciente acabou contando e, quando eu fui fazer meu atendimento, ela já não queria mais falar comigo; não queria ter que repetir o que ela já tinha dito, com tanto sofrimento. Só que, assim, existe uma técnica, uma estratégia para abordagem de uma pessoa, que esse profissional não teve. O profissional simplesmente ouviu por ouvir, sem técnica e com o objetivo de fazer essa pessoa parar de chorar. Eu passei essa situação para frente, tentando mostrar que o acolher não é um problema, desde que seja feito da maneira correta. E eu perdi a oportunidade de atender essa paciente com uma técnica, porque outra pessoa foi ouvi-la como se ela estivesse contando como uma coisa qualquer, sem evolução em prontuário, nem nada. Mas, na maior parte do tempo, os profissionais são bem responsáveis e me sinalizam quando reconhecem uma demanda. Mas acontece também de, algumas vezes, meu trabalho ser atrapalhado. Apesar de momentos como esse, eu aprendo a cada minuto com a equipe multiprofissional. Com todos eles, mas acho que principalmente com a assistente social, porque nosso trabalho é muito próximo. E tem uma linha tênue no nosso trabalho e, às vezes, as pessoas acabam confundido, e acham que uma coisa é a outra. Mesmo assim, eu sinto que a assistente social reconhece muito bem o limite do outro profissional. Sem estereótipo, reconhecendo as particularidades da profissão e respeitando os pareceres. Eu sinto que meu trabalho é muito respeitado pelo Serviço Social e eu tento respeitar o da assistente social também. Se eu não sei, não conheço, eu pergunto. Sempre tento nunca ultrapassar ou dizer o que ela tem que fazer. Sempre tiro a dúvida antes. E vice-versa. Sempre temos essa

troca. E nunca senti que meu trabalho foi desrespeitado ou ultrapassado por ela”.

Respeitar os limites de seu parecer e reconhecer as atribuições específicas dos demais profissionais é fundamental para o funcionamento eficaz da equipe multiprofissional interdisciplinar e para fornecer cuidados de saúde de qualidade. Cada profissional na equipe multiprofissional traz consigo conhecimentos e habilidades únicas. O respeito envolve valorizar e reconhecer essas competências individuais, entendendo que cada membro da equipe desempenha um papel importante no cuidado ao paciente.

O respeito é promovido por meio de uma comunicação aberta e transparente entre os membros da equipe. Isso inclui compartilhar informações de maneira clara, ouvir atentamente as opiniões dos outros e manter uma comunicação eficaz para garantir a compreensão mútua.

É importante ressaltar novamente que cada profissional tem limites em relação ao escopo de sua prática. O respeito é essencial quando os membros da equipe reconhecem e respeitam esses limites, garantindo que as decisões e intervenções estejam dentro das competências profissionais de cada um. Os membros da equipe podem compartilhar observações, sugestões e críticas de maneira respeitosa, promovendo a melhoria contínua e o aprendizado mútuo.

A atitude de estar aberto à aprendizagem contínua demonstra respeito. Os profissionais reconhecem que sempre há oportunidades de aprender uns com os outros, independentemente da experiência ou hierarquia profissional.

Ao cultivar um ambiente de respeito na equipe multiprofissional, os profissionais de saúde podem promover uma colaboração eficaz, melhorar os resultados do paciente e criar uma cultura de trabalho positiva. Essa abordagem centrada no respeito é essencial para enfrentar os desafios complexos encontrados no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) abordou a atuação do Serviço Social como parte da equipe multiprofissional de um Serviço de Hemodiálise e possibilitou um maior contato e maior compreensão da relevância e funcionamento da atuação multidisciplinar e interdisciplinar, a partir de relatos expostos por profissionais que vivenciam essa realidade. Graças a este contato direto, a visualização das intervenções realizadas a partir desta exigência oficial foi oportunizada.

Esta pesquisa possui como objetivo, desde seu início, de analisar como se dá a forma de trabalho do assistente social como parte da equipe multiprofissional em um Serviço de Hemodiálise e, para isso, foi realizada e fundamentada a partir de análises bibliográficas e relatos de profissionais que atuam em um Serviço de Hemodiálise no município de Campinas, no estado de São Paulo (SP). Teve como intuito enxergar, mais de perto, como se dá o trabalho do assistente social como parte da essa equipe, considerando que é uma exigência a nível federal, compreendendo como esta atuação aparece na instituição.

Concluiu-se, por tanto, através dessa inquirição, que o trabalho multiprofissional pode se dar tanto de maneira multidisciplinar tanto interdisciplinar, não só por conta do perfil dos profissionais que compõem a equipe, mas, também, por conta das necessidades e manejos institucionais.

A prática profissional do assistente social enfrenta uma série de elementos que perpassam, condicionam e limitam sua atuação, reverberando diretamente nos usuários. A autonomia relativa, por exemplo, é um dos fatores que influenciam a práxis profissional, que fica no limite entre as atividades que são de competência profissional e atividades que são específicas de cada instituição. Tornou-se perceptível, nesta pesquisa, que o trabalho do assistente social — assim como o das outras profissões que compõem a equipe multiprofissional do Serviço de Hemodiálise — é perpassado por turbulências e contradições, requerendo, sempre, uma análise crítica de suas atribuições.

Estas análises contribuem para um olhar crítico das exigências do Ministério da Saúde mencionadas ao decorrer da pesquisa: é necessária uma atuação multiprofissional, mas de que forma ele se dá? E que estrutura os serviços possuem, para que esta atuação ocorra da melhor maneira possível?

Ainda nessa linha de raciocínio pautada em uma espécie de criticismo, pode-se considerar que perquirir a forma como se dá esse trabalho, auxilia o desenvolvimento de

novas técnicas, que preencham lacunas percebidas mediante a pesquisas e coleta de relatos.

Retoma-se, também, que a relevância do tema se faz presente ao considerar a prevalência e o impacto social, a necessidade de profissionais especializados e capacitados para a atuação e a qualidade de vida dos pacientes, também anteriormente citadas na pesquisa.

Por fim, uma reflexão proposta por Emerson Elias Merhy, no ano de mil novecentos e noventa e nove: no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção da saúde. É a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde — que são, de fato, os objetivos que se quer atingir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBIERO, C.M.G & DA SILVA, V.A. **O Serviço Social na Efetivação dos Direitos à Saúde dos Usuários com Doença Renal Crônica (DRC)**. Revista Multidebates, Nº1(3). Palmas, TO, 2019.

BASTOS, I. G, et al. **Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso**. Revista Brasileira de Ciências em Saúde (Brazilian Journal of Health Sciences), Nº1(1), pág. 40-44, 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 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, 1990.

BRASIL. **Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Nº 10.257, de 10 de julho de 2001**. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2020.

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**, in Ministério da Saúde. Secretaria

de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução N°154, de 15 de junho de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N°218, de 06 de março de 1997**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N°2.042, de 11 de outubro de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N°389, de 13 de março de 2014**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N°1.675, de 7 de junho de 2018**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Brasília, FUNASA, 2017.

BRAVO, M.I.S., MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Coletânea/ABEPSS. FNPAS. Rio de Janeiro, 2004.

BOARETTI, C, et al. **Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare, sociale nel paziente in trattamento dialitico**. Giornale Italiano di Nefrologia. Anno 23, n°4, pág. 415-423, 2006.

CANGUILHEM, G. O.; CAPONI, S. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995. In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBÁ, M. A. (Org.). Enfermagem

e saúde do adulto. São Paulo: Manole, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva; campo e núcleo de saberes e práticas.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, nº5, pág. 219-230, 2000.

CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco.** In: BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. (Org.). Enfermagem e saúde do adulto. São Paulo: Manole, 2006.

CARVALHO, F.A. **O Serviço Social e a interdisciplinaridade.** Revista Diálogos: pesquisa em extensão universitária. IV Congresso Internacional de Pedagogia Social: domínio epistemológico. Brasília, v.18, n.1, dez, 2012.

CENTENARO, G.A. **A Intervenção do Serviço Social ao Paciente Renal Crônico e Sua Família.** Rev Saúde Coletiva, nº15, 2010.

COELHO, M.O. & JORGE, M.S.B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, nº14, 1522-1531. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social.** Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução N°383, de 29 de março de 1999.** Brasília, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução N°557, de 15 de setembro de 2009.** Brasília, 2009.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. **Producing health, consuming health care.** Soc Sci Med, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

GATTÁS, M.L.B. **Interdisciplinaridade em Cursos de Graduação da Área da Saúde na Universidade de Uberaba – Uniube**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

GERHARDT, T. E & SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS: Conselho Federal de Serviço Social. Atribuições privativas do(a) assistente social. Brasília: CFESS, 2002, p. 13-50.

JUNIOR, J.E.R. **Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação**. Rev Brazilian Journal of Nephrology, n°26, pág. 1-3, 2004.

LEVEY A.S & CORESH J. **Chronic Kidney Disease**. Lancet, n°379, pág. 165-180, 2012.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, C. T. B. & JUNIOR, E. R. **Perguntas e Respostas sobre Nutrição em Diálise**. São Paulo: RCN Editora, 2008.

MARTINS DE SÁ, J.L (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2019.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21° edição. Petrópolis: 2022.

NETO, O. T. **Métodos e técnicas de pesquisa**. Chapecó-SC: Argos, 2017.

OLIVEIRA, E.R.A. **Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 13 (28-34). 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque: OMS, 1946.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: ONU, 1948.

PIAGET, J. **Problèmes Généraux de la Recherche Interdisciplinaire et Mécanismes Communs**. In: PIAGET, J., *Épistémologie des Sciences de l'Homme*. Paris: Gallimard, 1981.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia**. Rev Saúde Pública. São Paulo, SP, n°35, pág. 103-108, 2001.

SANTOS, V.F.C, et al. **Percepções, significados e adaptações à hemodiálise como um espaço liminar: a perspectiva do paciente**. Interface. Botucatu, SP, n° 22(66), pág. 853-863, 2018.

SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES. **Enfermagem e saúde do adulto**, 1996.

TAQUETTE, S.R & MINAYO, M.C. **Análise de Estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, n° 26(2), pág. 417-434, 2016.

VALLE, L.S, et al. **Estresse a ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. Revista Estudos de Psicologia.** Campinas, N°30(1), pág. 131-138, 2013.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
RG: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao projeto de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **A Atuação do Assistente Social como Parte da Equipe Multiprofissional de um Serviço de Hemodiálise**, sob a responsabilidade da aluna Sarah Barbosa dos Santos, RG: 58.958797-3, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo, desenvolvido através da Faculdade de Serviço Social, da Escola de Ciências Humanas, Jurídicas e Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fui informado (a), ainda, de que poderei contatar/consultar a orientadora, a qualquer momento que me julgar necessário, através do telefone 3343-7019 ou e-mail fss.cchsa@puc-campinas.edu.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais são investigar a contribuição específica do Serviço Social na equipe multiprofissional do serviço de hemodiálise e pesquisar o modo como o assistente social percebe a atuação do Serviço Social no serviço de hemodiálise.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semiestruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora.

A aluna responsável pela pesquisa me disponibilizou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para seu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

_____, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) participante: _____.

Assinatura da aluna: _____.