



**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS -  
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS -  
FIFE**

**MARIANA RIBEIRO SILVA  
ZENILDO PINHEIRO DE SOUZA**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES EM  
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS/SP**

**FERNANDÓPOLIS - SP  
2025**

**MARIANA RIBEIRO SILVA**  
**ZENILDO PINHEIRO DE SOUZA**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES EM  
HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS/SP**

Monografia apresentado à Fundação Educacional de Fernandópolis como requisito parcial para conclusão do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE

Orientador: Prof. Me. Richardson Cramolichi

**FERNANDÓPOLIS**  
**2025**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**MARIANA RIBEIRO SILVA**  
**ZENILDO PINHEIRO DE SOUZA**

### **A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES EM HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE FERNANDÓPOLIS/SP**

Monografia apresentado à Fundação Educacional de Fernandópolis como requisito parcial para conclusão do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE.

Aprovado em:/ / 2025

Examinadores:

---

Prof.  
Curso: Serviço Social

---

Prof.  
Curso: Serviço Social

Agradecemos a Deus, à nossa família e aos nossos professores por todo o apoio e aprendizado ao longo desta caminhada.

## **RESUMO**

Este estudo analisa o processo saúde-doença como expressão da questão social e discute seus impactos na qualidade de vida de pessoas com Doença Renal Crônica em tratamento hemodialítico. O objetivo central consiste em identificar como o trabalho do assistente social contribui para a atenção integral aos usuários em Terapia Renal Substitutiva e de que modo essa intervenção repercute em suas condições de vida. A pesquisa evidencia que a DRC, por seu caráter progressivo e irreversível, impõe limitações físicas, emocionais, sociais e econômicas que atravessam o cotidiano dos pacientes, exigindo reorganização da rotina, enfrentamento de restrições funcionais e mediação constante de direitos. Trata-se de uma investigação descritiva, de abordagem quantitativa, que demonstra que a atuação do Serviço Social é parte constitutiva do cuidado integral, articulando mediação de direitos, orientação socioassistencial, articulação intersetorial e promoção da autonomia. Os resultados indicam que a presença do assistente social nas unidades de hemodiálise contribui para ampliar o acesso a políticas públicas, fortalecer redes de apoio e reduzir barreiras que comprometem a adesão ao tratamento, repercutindo positivamente na Qualidade de Vida dos usuários.

**PALAVRAS-CHAVES:** Serviço Social. Doença Renal Crônica. Hemodiálise. Qualidade de Vida

## **ABSTRACT**

This study examines the health–disease process as an expression of the social question and discusses its impacts on the quality of life of individuals living with Chronic Kidney Disease undergoing hemodialysis. The main objective is to identify how social work contributes to comprehensive care for users in Renal Replacement Therapy and how this professional intervention influences their living conditions. The study shows that CKD, due to its progressive and irreversible nature, imposes physical, emotional, social, and economic limitations that reshape daily life, requiring routine reorganization, management of functional restrictions, and continuous mediation of rights. This descriptive and quantitative research demonstrates that social work is an essential component of integral care, articulating rights advocacy, socio-assistance guidance, intersectoral coordination, and the promotion of user autonomy. The findings indicate that the presence of social workers in hemodialysis units expands access to public policies, strengthens support networks, and reduces barriers that compromise treatment adherence, thus positively affecting users' Quality of Life.

**KEYWORDS:** Social Work. Chronic Kidney Disease. Hemodialysis. Quality of Life.

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

**Quadro 1.** Síntese Teórico-Prática do Serviço Social na Saúde

32

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

DCNT – Doenças Crônicas não-transmissíveis

DRC – Doença Renal Crônica

DRCT – Doença Renal Crônica Terminal

HA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NOB-RH/SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Terapia Renal Substitutiva

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	04
1. A DOENÇA RENAL CRÔNICA.....	07
2. HEMODIÁLISE COMO TRATAMENTO .....	16
2.1 O que é, como funciona e rotina das sessões.....	17
2.1.1 Funcionamento do processo dialítico .....	18
2.1.2 Acessos vasculares e segurança do procedimento .....	18
2.1.3 Rotina das sessões de hemodiálise .....	19
2.1.4 A hemodiálise como processo contínuo de cuidado .....	20
2.2 Limitações impostas ao paciente: trabalho, transporte, alimentação e autocuidado.....	21
2.2.1 Restrição alimentar e hídrica .....	21
2.2.2 Limitações funcionais e impacto no trabalho .....	21
2.2.3 Dificuldades relacionadas ao transporte .....	22
2.2.4 Autocuidado e exigências permanentes.....	22
2.2.5 A dimensão subjetiva das limitações .....	23
2.3 Impactos emocionais e sociais .....	23
3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .....	25
3.1 Histórico de Inserção do(a) Assistente Social na Saúde .....	26
3.2 Princípios ético-políticos do Serviço Social .....	28
3.3 Legislação e Diretrizes do Serviço Social na Saúde .....	30
3.4 Serviço Social na Saúde: síntese teórico-prática .....	31
4. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CUIDADO AO PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO .....	34
4.1 A dimensão integral do cuidado dialítico e a intervenção profissional .....	35
4.2 As limitações impostas pela hemodiálise e o suporte multiprofissional .....	37
4.3 Mediação de direitos e articulação intersetorial como instrumentos de cuidado .....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS .....	45

## INTRODUÇÃO

A manutenção da vida humana depende do funcionamento adequado dos rins, cuja atividade contínua e precisa garante a homeostase e o equilíbrio químico indispensáveis ao desempenho das funções vitais. Alterações estruturais ou funcionais nesse sistema repercutem amplamente sobre os demais órgãos, comprometendo processos fisiológicos essenciais (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010; BERNARD, 2021). Entre suas atribuições fundamentais, destacam-se a filtração do sangue para a eliminação de toxinas, a regulação da pressão arterial, a produção de hormônios e o controle rigoroso do balanço de líquidos e eleutrólitos.

A Doença Renal Crônica (DRC) caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível das funções e da integridade estrutural dos rins, ocasionando repercussões sistêmicas significativas e elevadas taxas de morbimortalidade (ROMÃO JUNIOR, 2004; SALDANHA *et al.*, 2024). No Brasil, a DRC constitui um relevante problema de saúde pública, com crescente número de indivíduos dependentes de terapias dialíticas (ROMÃO JUNIOR, 2004). Sua detecção precoce, entretanto, é dificultada pelo caráter assintomático dos estágios iniciais, o que leva muitos pacientes a procurarem os serviços de saúde somente quando a doença já se encontra avançada, comprometendo o prognóstico e as possibilidades terapêuticas (ROMÃO JUNIOR, 2004; AGUIAR *et al.*, 2020).

Quando a doença evolui para o estágio terminal, os rins deixam de desempenhar funções vitais relacionadas ao controle do meio interno, tornando a condição incompatível com a vida. Nessa fase, a adoção de métodos artificiais de depuração sanguínea ou a realização de transplante renal passam a ser imprescindíveis (ROMÃO JUNIOR, 2004). A hemodiálise, nesse contexto, representa a modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) mais amplamente utilizada, sendo considerada essencial para a sobrevida e a estabilização clínica dos pacientes com DRC avançada (BRASIL, 2014).

Todavia, a hemodiálise não se limita à dimensão técnico-procedimental. Trata-se de um processo contínuo e complexo, que altera profundamente a vida cotidiana dos usuários. A necessidade de sessões regulares, prolongadas e frequentes exige reorganização da rotina e pode implicar limitações significativas no trabalho, no deslocamento, na alimentação e no autocuidado. No âmbito subjetivo, sentimentos como medo, angústia, incerteza e isolamento permeiam a experiência da doença crônica, reafirmando o processo saúde-doença como

expressão das determinações sociais que incidem sobre a vida dos sujeitos (PIRES *et al.*, 2017).

Essa complexidade reforça a necessidade de cuidado integral e de acompanhamento interdisciplinar. O Ministério da Saúde estabelece que, a partir do Estágio 4 da DRC, o atendimento multiprofissional torna-se obrigatório, dada a diversidade de demandas clínicas, psicossociais e socioeconômicas que emergem ao longo do tratamento (BRASIL, 2014). Nesse cenário, o Serviço Social assume papel estratégico ao mediar às expressões da questão social, defender direitos e fortalecer a autonomia dos usuários. A atuação profissional está ancorada no projeto ético-político da profissão e no reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006), articulando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e à rede de proteção socioassistencial (BRAVO; MATOS, 2015; CFESS, 2011).

A presente pesquisa, de abordagem qualitativa e descritiva, tem como objetivo central analisar como o trabalho do assistente social pode contribuir para a atenção integral aos usuários em Terapia Renal Substitutiva, sobretudo no contexto da hemodiálise, e de que modo essa atuação impacta a qualidade de vida dessas pessoas.

A estrutura do trabalho organiza-se da seguinte forma: o **Capítulo 1** apresenta os fundamentos da Doença Renal Crônica; o **Capítulo 2** explora a hemodiálise, contemplando seu funcionamento, a rotina das sessões e as limitações impostas ao paciente; o **Capítulo 3** discute o Serviço Social na Saúde, destacando seus referenciais ético-políticos e seus marcos normativos, como o SUS e a LOAS; por fim, o **Capítulo 4** analisa a atuação do assistente social no cuidado aos pacientes em tratamento hemodialítico, enfatizando a mediação de direitos, a articulação intersetorial e as possibilidades de intervenção profissional para a promoção da integralidade do cuidado.

A análise empreendida ao longo da pesquisa evidenciou que a Doença Renal Crônica, em sua natureza progressiva e irreversível, conforma um quadro clínico e social de elevada complexidade, que exige intervenções contínuas, articuladas e sensíveis às múltiplas dimensões que atravessam o adoecimento.

Nesse cenário, o Serviço Social emerge como componente fundamental da equipe multiprofissional. Sua intervenção não se limita ao cumprimento de encaminhamentos formais, mas se traduz na mediação qualificada entre as necessidades concretas dos usuários e as políticas públicas que compõem a rede de proteção social. A presença do assistente social possibilita que direitos sejam acessados, barreiras sejam reduzidas e que a experiência da cronicidade da doença de seja vivida com maior dignidade e autonomia.

Este estudo reafirma, ainda, o compromisso com a defesa do Sistema Único de Saúde enquanto política universal, equânime e integral. Considera-se que esta pesquisa abre caminhos para novas investigações. Estudos de abordagem qualitativa poderiam aprofundar a compreensão sobre como a mediação de direitos repercute subjetivamente na percepção de Qualidade de Vida dos usuários em hemodiálise, explorando narrativas, sentidos e experiências que não emergem plenamente em levantamentos quantitativos. Com isso, novos elementos poderiam fortalecer a prática profissional e contribuir para a formulação de políticas mais sensíveis às condições reais de existência dos sujeitos que convivem com a DRC.

## **1. A DOENÇA RENAL CRÔNICA**

É fundamental entender o papel dos rins no funcionamento do corpo humano. Eles são fundamentais para manter a homeostase (equilíbrio) do corpo humano. Dessa forma, qualquer alteração ou diminuição do funcionamento dos rins afeta o funcionamento de todos os outros órgãos (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, o equilíbrio da química interna do organismo humano deve-se a grande parte pelo trabalho dos rins.

Bernard (2021) também cita a função dos rins na homeostase do organismo humano no qual mantém e assegura o ambiente fisiológico do corpo para as aproximadamente 100 trilhões de células que compõem o corpo humano.

Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo: Eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração; Regulação da formação do sangue e dos ossos; Regulação da pressão sanguínea; Controle do delicado balanço químico e de líquidos do corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA).

SANAR (2023) pontua que os rins são responsáveis por filtrar o sangue, eliminar toxinas e substâncias tóxicas pela urina, regular funções vitais como a pressão arterial, o equilíbrio hídrico e eletrolítico (sódio, potássio), e o balanço ácido-base do corpo. Além disso, produzem hormônios importantes para a produção de glóbulos vermelhos e a ativação da vitamina D, essencial para a saúde óssea.

Sabe-se que os rins transformam a vitamina D em sua forma ativa, o calcitriol. Essa substância é crucial para a absorção de cálcio no intestino, fortalecendo os ossos e contribuindo para o sistema imunológico (NEFROCLÍNICAS).

Sendo assim, de acordo com a SANAR (2023), a excreção de metabólitos e substâncias exógenas é uma função importante dos rins no processo de filtragem do sangue e na formação da urina. A excreção renal envolve a remoção de resíduos metabólicos, produtos de degradação de substâncias, toxinas e outras substâncias indesejadas no corpo.

Além das toxinas naturais, os rins também eliminam medicamentos e outras substâncias químicas ingeridas, evitando o acúmulo de compostos que podem ser prejudiciais à saúde (NEFROCLÍNICAS).

Além disso, os rins desempenham um importante papel tanto na produção quanto da secreção de hormônios importantes para o corpo, como a eritropoietina – responsável por detectar baixos níveis de oxigênio no corpo – e a renina – enzima produzida pelos rins mediante os estímulos como hipotensão ou baixos níveis de sódio (SANAR, 2023).

Além disso, os rins também regulam o equilíbrio e a excreção de íons e eletrolíticos como sódio, potássio, cálcio entre outros. Os rins também atuam em jejuns prolongados e na descompensação do Diabetes *Mellitus* por meio da sintetização de glicose a partir de aminoácidos e outros substâncias precursoras da glicose (SANAR, 2023).

Ainda, segundo SANAR (2023), os rins também executam papel importante na regulação da pressão arterial, atuando para manter o equilíbrio da pressão através da excreção de água e sal.

Segundo NEFROCLÍNICAS, os rins ajudam a controlar a pressão arterial ao ajustar a quantidade de sódio e água eliminada na urina. Eles também produzem a enzima renina, que participa de um sistema que regula a pressão do sangue. Quando os rins não funcionam corretamente, esse controle pode ser comprometido, levando à hipertensão.

Em relação à sua anatomia, os rins encontram-se fora da cavidade peritoneal. Cada rim em um adulto pesa aproximadamente 150 gramas. Esse órgão é recoberto por uma cápsula dura e fibrosa, que protege suas delicadas estruturas internas. As duas principais regiões do rim são o córtex externo e a medula interna. A medula é dividida em 8 a 10 massas de tecido em forma de cone chamadas de pirâmides renais. A base de cada pirâmide origina-se na borda entre o córtex e a medula, e termina na papila, que se projeta para dentro do espaço da pelve renal, uma continuação da extremidade superior do ureter, em forma de funil. A borda externa da pelve é dividida em bolsas abertas denominadas grandes cálices, que se estendem para baixo e se dividem em cálices menores, que coletam a urina dos túbulos de cada papila. As paredes dos cálices, da pelve e do ureter contêm elementos contráteis que impulsionam a urina em direção à bexiga, onde é armazenada até que seja eliminada pela micção (SANAR, 2023).

De acordo com Bernard (2021, p. 1) o rim apresenta uma estrutura “anátomo-histológica do néfron, com mais de 20 tipos de células especializadas, revela uma arquitetura estrategicamente voltada para a impecável interação funcional endotélio/epitélio”.

Os rins também possuem vascularização. Ou seja, O sangue flui para cada rim através da artéria renal, que se ramifica progressivamente para formar diversas artérias. Além disso, os capilares peritubulares se esvaziam nos vasos do sistema venoso, que correm paralelos aos vasos arteriolares, e progressivamente formam diversas veias (SANAR, 2023).

A parte externa do rim, o córtex renal, recebe a maioria do fluxo sanguíneo do rim e apenas 1% a 2% do total do fluxo sanguíneo renal passa pelos vasos recta, que suprem a medula renal (SANAR, 2023).

Além disso, os rins possuem o néfron. O nefron é a unidade funcional dos rins. Podemos descrevê-lo como uma estrutura microscópica formada por corpúsculos de Malpighi, contendo o sistema tubular. Ele ainda é responsável pelos principais processos da produção da urina (SANAR, 2023).

De acordo com Romão Junior (2004) a Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia onde há perda progressiva e permanente da função dos rins, decorrente de uma lesão renal. Ou seja, os rins passam a não funcionar acarretando prejuízos graves no corpo como um todo.

Saldanha *et al* (2024) corroboram a definição da DRC como uma doença de condição progressiva e irreversível que afeta não somente a função, mas também a estrutura dos rins. Os autores também afirmam que tal doença possui alta taxa de morbimortalidade, que pode ser traduzida pela perda da função dos rins, ocasionando prejuízos nos processos de filtração executados por estes órgãos.

Bastos; Bregman; Kirsztajn (2010) pontuam que em 2002 houve uma nova definição da DRC. Esta abordagem deixou de levar em consideração somente as causas, abrangendo fatores e doenças que até então pertenciam a outras categorias de doenças renais. Logo, com essa definição – utilizada até os dias de hoje – possibilitou observar que a DRC é mais frequente e que sua evolução clínica está associada a uma maior taxa de óbitos.

Saldanha *et al* (2024) afirma que há uma estimativa de 10% a 13% da população mundial com DRC e que aumenta conforme o passar dos anos, apontando que a incidência de DRC apresenta variação nos índices entre países ricos e países emergentes, sendo maior probabilidade nos países mais ricos, essa discrepância incidência entre os países deve-se ao estilo de vida ocidental, obesidade e maior IMC (Índice de Massa Corporal). Porém, estima-se que o risco é semelhante tanto para homens quanto para mulheres, apesar de achados considerarem que há um risco maior para homens pardos.

Todavia, segundo Aguiar *et al* (2020) a incidência da DRC é desconhecida em vários países. Os Estados Unidos estimam prevalência de 14,8% de DRC na população adulta de 2011 a 2014 e 703.243 casos, com 124.114 novos casos em 2015, apresentando taxa de incidência de 378 pacientes por 1 milhão de pessoas.

Ainda de acordo com Aguiar *et al* (2020) a incidência de DRC nos países da América Latina é de 167,8 pessoas para 1 milhão. No Brasil, especificamente, a incidência é de 431 pessoas por 1 milhão de habitantes, o que constitui cerca de 2 milhões de indivíduos. Conforme, apontou Romão Junior (2004) há uma grande dimensão da doença no país.

Saldanha *et al* (2024 *apud* CHEVALIER, 2019, p. 5), afirmam que por meio de estudos realizados, há um risco “superior a 1% em pessoas com menos de 40 anos de desenvolver DRC em estágio terminal, mas para aqueles com 65 anos ou mais, essa taxa sobe para 8%”.

Segundo dados coletados por meio de outros estudos:

Uma pesquisa de monitoramento da doença renal crônica terminal (DRCT) no Brasil, por meio do subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), analisou, no período de 2000 a 2006, o perfil epidemiológico dos indivíduos que ingressaram na terapia renal substitutiva (TRS) e identificou 148.284 pacientes em diálise, com incidência estimada em 119,8/milhão de pessoas por ano.

O Censo Brasileiro de Diálise Crônica no Brasil estimou que o país gasta 1,4 bilhão de reais por ano com diálise e transplante (AGUIAR *et al*, 2020, p. 2).

Autores como Bastos; Bregman; Kirsztajn (2010) corroboram os dados indicando que a incidência de doenças renais e a falência dos rins estão aumentando vertiginosamente. Além disso, pontuam que a DRC não possui bom prognóstico e que os custos do tratamento são consideravelmente altos.

Contudo, se há a detecção precoce da doença juntamente com os protocolos e tratamentos adequados pode-se retardar o progresso da doença, diminuindo o sofrimento das pessoas acometidas pela DRC. Ou seja, a DRC não tem cura definitiva (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Sabe-se que as duas causas principais que levam ao desenvolvimento da DRC são o *Diabetes Mellitus*, Hipertensão e histórico familiar da doença. Saldanha *et al* (2024) afirma que a DRC pode estar associada a outras doenças e condições como anemias, eventos cardiovasculares e até mesmo alterações metabólicas. Outros fatores – que podem ser tanto de risco como de proteção – são o tabagismo (fumantes, ex fumantes e não fumantes), a alimentação (saudável, insuficiente ou pobre em vitaminas e minerais, mas rica em gorduras e alimentos industrializados), a prática de atividade física ou o sedentarismo (AGUIAR *et al* 2020).

Para Aguiar *et al* (2020) ainda há poucos estudos acerca da epidemiologia acerca dos fatores de risco para a DCR. Todavia, os estudos existentes apontam maior prevalência em idosos, indivíduos com hipertensão e/ou com diabetes, corroborando os dados citados acima por Saldanha *et al* (2024).

No Brasil, até 2013, com a implementação da Política Nacional de Saúde, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) era o único estudo que buscava realizar

vigilância das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), sendo pioneira no monitoramento do diagnóstico de doenças crônicas (AGUIAR *et al*, 2020).

Ainda segundo Aguiar *et al* (2020) faz-se necessário que estudos e inquéritos sejam produzidos com maior frequência para que os resultados obtidos possam servir para melhorar o planejamento das ações de saúde pública, viabilizando, sobretudo, o diagnóstico precoce, evitando a progressão da DRC e diminuindo o número de pacientes que precisam de transplantes renais.

Além disso, estudo realizado por Aguiar *et al* (2020) demonstraram que há maior prevalência da DRC em indivíduos negros do que brancos. Tais dados estão interligados à condição socioeconômica, acesso à educação, à saúde e demais políticas públicas. Além disso, por menor acesso à saúde quando negros são diagnosticados com DRC já se encontram em estágio avançado da doença.

O estudo realizado acima também mostra a incidência e a associação entre tabagismo, hipertensão e diabetes. Tais fatores de risco podem culminar no aumento de uma proteína denominada *albuminúria* no organismo que pode levar a lesões renais progressivas.

Além disso, segundo resultados do estudo de Aguiar *et al* (2020) também mostram com relação a hipertensão arterial (HA) que:

...A HA está presente em 75% dos pacientes portadores de DRC12. A relação entre HA e o declínio da filtração glomerular tem sido amplamente estudada. Estudos sobre a importância da hipertensão na DRC relatam danos diversos e complexos, que incluem vasoconstrição renal, principalmente, da vasculaturapré-glomerular, dano microvascular, perda de capilares peritubulares, isquemia local, incapacidade de excretar o sal, doença renal hipertensiva entre outros (AGUIAR *et al*, 2020, p. 16)

Os autores acima afirmam que embora não haja um consenso de como o diabetes e a obesidade afetam os rins ao ponto de ocasionar a DRC, há evidências sólidas das suas associações com as doenças renais.

Em relação à obesidade, Aguiar *et al* (2020) afirmam que apesar do aumento de sua prevalência e o reconhecimento dessa como fator de risco das doenças cardiovasculares e como fator de risco modificável para a DRC, a associação de sobrepeso/obesidade e DRC ainda não é bem conhecida. Dessa forma:

A literatura aponta que a obesidade pode levar a resistência à insulina, intolerância à glicose, hiperlipidemia, aterosclerose e hipertensão e que a resistência à insulina reduz a atividade da lipase lipoproteica, que pode estar implicada na fisiopatologia da dislipidemia na DRC, sendo difícil analisar essa variável isoladamente (AGUIAR *et al*, 2020, p. 13).

Os autores citados acima, também consideraram o alcoolismo ou a ingestão elevada de álcool como um fator de risco para o surgimento da DRC. Embora diversos estudos mostrem resultados diversos, vários apontam que o álcool em grande quantidade também pode culminar no aumento da proteína *albuminúria*, levando a piora da função renal.

Todavia, Aguiar *et al* (2020) afirmam que o estudo possui alguma limitações, tendo em vista a dificuldade de estabelecer uma ordem cronológica dos eventos – fatores de risco e a DRC. Dessa forma os achados encontrados podem não corresponder a uma associação causal exata, podendo esconder outras associações mais antigas. Ou seja, os diversos fatores de risco apontados devem ser considerados na relação com a DRC, todavia, não é possível determinar sua exata associação e como eles podem levar ao surgimento da DRC.

Além disso, há uma questão que dificulta a detecção precoce da doença é que inicialmente ela não apresenta sintomas, ou seja, as pessoas acabam por procurar os serviços de saúde quando há DRC encontra-se em nível avançado (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Aguiar *et al* (2020) citam que como a DRC inicialmente é assintomática, a sua detecção tardia compromete de forma significativa o tratamento e o seu controle.

Contudo, a progressão da doença leva a presença de alguns sintomas como fadiga, perda de peso, edemas periféricos e em estágios mais avançados podem até provocar alterações no estado mental (SALDANHA *et al*, 2024).

Além disso, pode ocorrer a presença de outros sintomas como dores no flanco, urina espumosa ou até mesmo débito urinário, ou seja, quando o indivíduo urina em poucas quantidades ou em poucas vezes ao dia, mesmo com o consumo de água e/ou outros líquidos como chás, isotônicos e/ou água de coco (SALDANHA *et al*, 2024).

Dessa maneira, de acordo com o Romão Junior (2024), todo paciente pertencente ao grupo de risco deveria ser submetido a exames periódicos para averiguar o nível de função renal e/ou a presença de algum tipo de lesão nos rins. Segundo Saldanha *et al* (2024), detecta-se a DRC ou qualquer outra patologia relacionada aos rins através do diagnóstico pela Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) e/ou pela presença de lesões renais por um período superior a 3 meses.

Saldanha *et al* (2024 *apud* Chen; Knicely; Grams, 2019; Chevalier, 2019) também pontuam que:

Alguns fatores devem ser analisados para a avaliação do paciente com DRC conhecida ou suspeita. Por isso, se deve ter informações acerca dos sintomas adicionais, como uma causa sistêmica ou uma obstrução urinária. Além disso, é de suma importância que os fatores de risco do paciente sejam analisados e avaliados,

em especial as situações envolvendo a exposição prévia a nefrotoxinas - antiinflamatórios não esteróides -, histórico de nefrolitíase, infecções do trato urinário, comorbidades -HAS, DM, doenças autoimunes, infecções crônicas -, histórico familiar ou algum fator de risco genético (SALDANHA *et al*, 2024 *apud* CHEN; KNICELY; GRAMS, 2019; CHEVALIER, 2019, p. 5).

Igualmente, sinais importantes podem ser revelados com exames físicos, fornecendo uma “visão mais acurada da causa subjacente e o estado volêmico em que se encontra o paciente” (SALDANHA *et. al*, 2024, p. 6). Como exemplo, a depleção de volume refletem vômitos, diarreia, excesso de diurese e ou até ingestão oral deficiente.

Já a presença de um grande volume pode indicar insuficiência cardíaca, insuficiência hepática ou síndrome nefrótica. Outros indicativos em testes físicos são: presença de cortearterial-venoso no exame da retina podem indicar hipertensão ou diabetes; sopros carotídeos os abdominais indicam doença renovascular; dor nos rins podem representar nefrolitíase ou doença renal policística; a neuropatia pode representar diabetes ou até mesmo amiloidose e vasculite; achados cutâneos incluem erupção cutânea, púrpura palpável ou esclerose extensa (SALDANHA *et. al*, 2024).

Nesse sentido o autor Romão Junior (2004, p. 1) alerta para a incidência do desenvolvimento da doença em hipertensos, constituindo “cerca de 156 casos por milhão” em um estudo realizado durante 16 (dezesseis) anos com uma amostra de 332.500 homens entre 35 a 37 anos.

Já em relação aos portadores de diabetes, estudos mostram que o risco de desenvolvimento não só da DRC, mas de qualquer nefropatia é de cerca de 30% nos diabéticos tipo 1 e 20% nos diabéticos do tipo 2 (ROMÃO JUNIOR, 2004).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (ROMÃO JUNIOR, 2004), a DRC é dividida em 06 (seis) estágios funcionais. Para fins didáticos e conceituais esses estágios são divididos da seguinte maneira:

**Fase de função renal normal sem lesão renal** – importante do ponto de vista epidemiológico, pois inclui pessoas integrantes dos chamados grupos de risco para o desenvolvimento da doença renal crônica (hipertensos, diabéticos, parentes de hipertensos, diabéticos e portadores de DRC, etc.), que ainda não desenvolveram lesão renal.

**Fase de lesão com função renal normal** – corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada, ou seja, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90 ml/min./1,73m<sup>2</sup>.

**Fase de insuficiência renal funcional ou leve** – ocorre no início da perda de função dos rins. Nesta fase, os níveis de uréia e creatina plasmáticos ainda são normais, não há sinais ou sintomas clínicos importantes de insuficiência renal e somente métodos acurados de avaliação da função do rim (métodos de depuração, por exemplo) irão

detectar estas anormalidades. Os rins conseguem manter razoável controle do meio interno. Compreende a um ritmo de filtração glomerular entre 60 e 89 ml/min./1,73m<sup>2</sup>.

**Fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada** – nesta fase, embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. Na maioria das vezes, apresenta somente sinais e sintomas ligados à causa básica (Lúpus, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, infecções urinárias, etc.). Avaliação laboratorial simples já nos mostra, quase sempre, níveis elevados de uréia e de creatina plasmáticos. Corresponde a uma faixa de ritmo de filtração glomerular compreendido entre 30 e 59 ml/min./1,73m<sup>2</sup>.

**Fase de insuficiência renal clínica ou severa** – O paciente já se ressente de disfunção renal. Apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. Dentre estes a anemia, a hipertensão arterial, o edema, a fraqueza, o mal-estar e os sintomas digestivos são os mais precoces e comuns. Corresponde à faixa de ritmo de filtração glomerular entre 15 a 29 ml/min./1,73m<sup>2</sup>.

**Fase terminal de insuficiência renal crônica** – como o próprio nome indica, corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser incompatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal. Compreende a um ritmo de filtração glomerular inferior a 15 ml/min./1,73m<sup>2</sup> (ROMÃO JUNIOR, 2004, p.1).

É importante ressaltar, de acordo com o autor citado acima, que o 1º (primeiro) estágio – Fase de função renal normal sem lesão renal – constitui-se apenas de pessoas com fatores de risco. Os tratamentos para a função renal começam somente a partir do 2º (segundo) estágio.

Para Saldanha *et al* (2024) há 05 (cinco) estágios da doença, na qual cada estágio afeta o indivíduo de forma específica, principalmente, levando em consideração os fatores de risco.

Segundo os autores, nos dois estágios iniciais não há a presença de sintomas clínicos, todavia, a presença de fatores de risco como “hipertensão, hiperglicemia, tabagismo e doenças cardiovasculares são determinantes para a evolução da DRC, acelerando o seu processo (SALDANHA *et al*, 2024 *apud* AMMIRATI, 2020; SRIDHARAN., 2023, p. 6).

Conforme o avanço da DRC, as complicações começam a aparecer, como:

...distúrbio mineral-ósseo, anemia, hipertensão, alterações eletrolíticas e hipercalcemia. Essas doenças são caracterizadas pelas alterações no metabolismo do paciente, causando distúrbios nos níveis de cálcio, fósforo, vitamina D, eritropoetina, ferro, entre outros. Além disso, sintomas clínicos se fazem presentes por meio da fadiga, coceira na pele, dores nos ossos e articulações, câimbras e inchaços (SALDANHA *et al* 2024, p. 6 e 7).

Quando a DRC atinge os níveis 4 e 5 a função renal sofre uma deterioração, podendo causar “hipertrofia tubular e glomerular, esclerose e redução nos níveis de TFG, albuminúria

extrema e insuficiência renal” (SALDANHA *et al* 2024 *apud* GAI *et al.*, 2019; AMMIRATI, 2020; YAN; CHAO; LIN, 2021; SRIDHARAN, 2023, p. 7).

Mesmo com a insuficiência ou morte renal, os pacientes acabam tendo maior probabilidade de óbito devido a problemas cardiovasculares ocasionados pelos níveis avançados da doença, já que a DRC em casos avançados influenciam o trabalho cardiovascular, por meio de processos inflamatórios, estreitamento das artérias coronárias contribuindo para o envelhecimento e para a fragilização do coração (SALDANHA *et al*, 2024).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia quando não há o funcionamento correto dos rins pode ser necessário fazer diálise. Em casos mais graves, pode-se necessitar de transplante renal.

A cada ano, aproximadamente 21 mil brasileiros precisam iniciar tratamento por hemodiálise ou diálise peritoneal. Raros são aqueles que conseguem ter pelo menos uma parte do funcionamento dos rins recuperada para deixarem de necessitar de diálise, e poucos têm a sorte de receber um transplante renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA).

Conforme tudo o que fora abordado neste capítulo,

O reconhecimento e o acompanhamento, ainda na atenção primária, dos indivíduos que apresentam os fatores de risco identificados podem contribuir para a implementação de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Torna-se necessário refletir sobre a ampliação da abrangência das ações na atenção básica, bem como maior resolutibilidade de tais ações para controlar os fatores de risco da DRC (AGUIAR *et al* 2020, p. 14):

Assim, o próximo capítulo abordará os tratamentos para o controle da DRC, em especial, a Hemodiálise.

## **2. HEMODIÁLISE COMO TRATAMENTO**

A hemodiálise constitui a modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) mais utilizada para o tratamento da Doença Renal Crônica (DRC) em estágio avançado, sendo reconhecida como intervenção indispensável para a manutenção da vida e para a estabilização clínica de indivíduos cuja função renal atingiu nível crítico de comprometimento. Na Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), em que os rins perdem a capacidade de realizar adequadamente processos fisiológicos fundamentais — como a filtração glomerular, o equilíbrio ácido-base, a eliminação de toxinas urêmicas e a regulação do volume corporal — a hemodiálise emerge como recurso terapêutico central para garantir a sobrevida e reduzir as complicações associadas ao acúmulo de metabólitos tóxicos (BRASIL, 2014).

Do ponto de vista fisiológico, a hemodiálise atua como um substituto parcial da função renal, promovendo a remoção de substâncias que se acumulam no organismo em decorrência da falência renal, tais como ureia, creatinina e eletrólitos em excesso. Ela também desempenha papel essencial no controle hídrico, possibilitando a retirada do volume excedente de líquidos e evitando complicações graves, como edema agudo de pulmão, hipertensão intratável e distúrbios eletrolíticos capazes de comprometer o sistema cardiovascular (PIRES *et al.*, 2017). A técnica, portanto, não apenas prolonga a vida, mas possibilita que o paciente alcance uma condição clínica mais estável, reduzindo sintomas urêmicos e favorecendo melhor qualidade de vida dentro dos limites impostos pela cronicidade da doença.

A complexidade do tratamento dialítico exige um ambiente de cuidado estruturado, envolvendo tecnologia biomédica sofisticada, protocolos clínicos rigorosos e um conjunto de medidas que assegurem segurança, eficácia e continuidade da terapia. As unidades de hemodiálise devem dispor de máquinas adequadas, sistemas de tratamento de água, insumos específicos, equipe treinada e condições organizacionais que permitam o acompanhamento contínuo do paciente. A literatura destaca que a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à adequação da infraestrutura, ao controle microbiológico da água e ao cumprimento de normas técnicas que regulam a operação das unidades (BRASIL, 2014).

A atuação multiprofissional constitui, igualmente, elemento estruturante do tratamento. Médicos nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais desempenham funções complementares que se articulam para garantir cuidado integral. Cada profissional participa de forma singular no manejo das condições clínicas, psicossociais e nutricionais do paciente, assegurando que o tratamento vá

além da dimensão estritamente técnica da filtração sanguínea e se estenda à orientação, acolhimento e acompanhamento contínuo das demandas advindas do adoecimento crônico. Segundo as diretrizes nacionais, a presença da equipe multiprofissional é obrigatória a partir do Estágio 4 da DRC, reforçando o caráter interdisciplinar do cuidado (BRASIL, 2014).

Outro aspecto fundamental é a necessidade de adesão contínua e disciplinada ao regime terapêutico. A hemodiálise requer que o paciente compareça à unidade várias vezes por semana, cumpra horários rígidos e suporte um procedimento prolongado, que pode causar desconforto físico, fadiga e alterações hemodinâmicas. A adesão não diz respeito apenas ao comparecimento às sessões, mas também à observância de restrições dietéticas, controle rigoroso da ingestão hídrica e uso adequado de medicamentos. Como observa Pires *et al.* (2017), o sucesso terapêutico depende da corresponsabilização do paciente, sendo a falta de adesão capaz de desencadear complicações severas e reduzir a expectativa de vida.

Assim, o tratamento por hemodiálise transcende a ideia de uma intervenção meramente técnica. Ele constitui um processo terapêutico complexo, contínuo e multifacetado, que envolve a reorganização da rotina, a reelaboração do cotidiano, o enfrentamento de limitações funcionais e a adaptação emocional às mudanças impostas pela doença. O paciente passa a conviver com um regime de cuidados que se estende para além do ambiente clínico e invade o trabalho, o convívio familiar, o autocuidado e a vida social. Dessa forma, a hemodiálise deve ser compreendida não apenas como tecnologia biomédica, mas como um processo integral de adaptação, suporte e acompanhamento.

Diante desse panorama, torna-se evidente que a hemodiálise exige condições que ultrapassam a dimensão exclusivamente biológica do tratamento. Envolve mediação de informações, suporte emocional, acompanhamento multiprofissional, compreensão das limitações individuais e estratégias que favoreçam a adesão terapêutica. É nesse contexto que o cuidado dialítico assume uma dimensão ampliada, articulando aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e educativos, sendo fundamental para garantir a segurança e a continuidade da terapia, bem como para promover qualidade de vida dentro das possibilidades de cada paciente.

## **2.1 O que é, como funciona e rotina das sessões**

A hemodiálise é um procedimento de filtração extracorpórea que substitui parcialmente as funções renais, permitindo a remoção de toxinas urêmicas, excesso de líquidos e produtos metabólicos que se acumulam no organismo em estágios avançados da

Doença Renal Crônica (DRC). Seu objetivo central é restabelecer um estado de equilíbrio interno — o que inclui o controle de eletrólitos, o ajuste do PH sanguíneo e a manutenção do volume corporal adequado — de modo a preservar a estabilidade hemodinâmica e reduzir sintomas decorrentes da insuficiência renal (BRASIL, 2014; SBN, 2016). Trata-se, portanto, de uma terapia complexa, sustentada em princípios fisiológicos específicos e na utilização de equipamentos de alta precisão.

### **2.1.1 Funcionamento do processo dialítico**

A hemodiálise opera com base em três mecanismos fundamentais: difusão, osmose e ultrafiltração. A difusão é responsável pela troca de solutos entre o sangue e o banho de diálise, permitindo a remoção de substâncias acumuladas, como ureia e creatinina. A osmose, por sua vez, regula a movimentação de água em direção ao meio de menor concentração, contribuindo para o equilíbrio hídrico. Já a ultrafiltração possibilita a retirada controlada de líquidos em excesso, processo que é essencial para pacientes que apresentam retenção hídrica significativa (MEDEIROS, 2015).

O equipamento central do procedimento é o dialisador, comumente chamado de “rim artificial”. Ele contém uma membrana semipermeável através da qual o sangue do paciente circula em circuito fechado. Essa membrana viabiliza as trocas metabólicas e mantém a depuração contínua durante todo o processo (SBN, 2016). A eficácia do tratamento depende do fluxo sanguíneo adequado, da composição correta do dialisato, do tempo de sessão e do estado geral do paciente.

### **2.1.2 Acessos vasculares e segurança do procedimento**

Para que o sangue chegue ao dialisador, é necessário um acesso vascular funcional e seguro. A literatura aponta dois principais tipos de acesso:

- Fístula arteriovenosa (FAV) – considerada padrão-ouro, é formada por anastomose entre artéria e veia, geralmente no antebraço ou braço. Proporciona maior durabilidade, menor risco de infecção e melhor desempenho durante a filtração. Seu processo de maturação, que pode levar de dois a quatro meses, é etapa crítica para assegurar fluxo sanguíneo eficiente (SBN, 2016).

- Cateter venoso de duplo lúmen – utilizado em situações de urgência ou enquanto a fistula não está madura. É inserido nas veias jugular, subclávia ou femoral e permite acesso imediato, embora ofereça maior risco de infecção e complicações vasculares (MEDEIROS, 2015).

A escolha e manutenção do acesso são determinantes para a qualidade da diálise, sendo tema recorrente na prática nefrológica e na literatura especializada.

### **2.1.3 Rotina das sessões de hemodiálise**

A hemodiálise é realizada, no Brasil, em milhares de pacientes distribuídos em unidades especializadas, que seguem protocolos clínicos padronizados (SBN, 2016). A sessão típica dura entre três e quatro horas e ocorre três vezes por semana, o que torna o tratamento uma parte estruturante da vida cotidiana do paciente (PIRES *et al.*, 2017). A rotina inclui etapas sistematizadas, desenvolvidas para garantir segurança e estabilidade clínica.

#### *a) Pré-hemodiálise*

O momento prévio ao início da sessão é crucial. Envolve:

- acolhimento do paciente pela equipe;
- avaliação inicial das condições clínicas;
- aferição de sinais vitais;
- registro do peso corporal para cálculo da ultrafiltração;
- identificação de sintomas como tontura, náuseas, edemas ou dispneia;
- verificação do estado do acesso vascular.

Esses procedimentos são fundamentais para determinar o volume de líquido a ser removido e para identificar precocemente condições que contraindiquem a sessão ou que exijam adaptações específicas (FERREIRA, 2014; SANTANA; FONTENELLE, 2013).

#### *b) Sessão dialítica*

Durante o tratamento, o paciente permanece conectado à máquina, que realiza a filtração sanguínea conforme parâmetros prescritos pelo nefrologista. As responsabilidades da equipe incluem:

- monitorização contínua da pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura;
- observação de sinais de desconforto, como câimbras, cefaleia ou hipotensão;
- inspeção do dialisador e do circuito sanguíneo;
- prevenção de complicações, como coagulação do sistema, sangramentos ou desconexões;
- administração de medicamentos, quando indicados;
- ajustes imediatos no equipamento conforme a resposta clínica (PIRES *et al.*, 2017).

*c) Pós-hemodiálise*

Ao término da sessão, a equipe realiza nova avaliação clínica, incluindo:

- verificação de sinais vitais;
- registro do peso pós-diálise, comparado ao peso seco estimado;
- inspeção do local de punção em busca de sangramentos;
- observação de sintomas como tonturas, náuseas ou desconfortos.

Pacientes que apresentam manifestações clínicas relevantes devem permanecer na unidade para atendimento médico, a fim de evitar complicações que podem ocorrer nas horas subsequentes (SANTANA; FONTENELLE, 2013).

#### **2.1.4 A hemodiálise como processo contínuo de cuidado**

A rotina das sessões, embora altamente técnica, não se restringe às dimensões biológicas da filtração sanguínea. O procedimento envolve um processo contínuo de cuidado, diálogo e monitorização, que demanda da equipe multiprofissional sensibilidade para reconhecer as necessidades clínicas e psicossociais do paciente. A literatura enfatiza que o tratamento dialítico é tanto um recurso tecnológico quanto uma experiência cotidiana de adaptação, marcada por exigências físicas, restrições comportamentais e desafios emocionais (PIRES *et al.*, 2017).

A hemodiálise, portanto, deve ser compreendida como um processo terapêutico integral, no qual tecnologia, cuidado e vínculo se articulam para garantir a segurança do paciente e promover sua estabilidade clínica em longo prazo.

## **2.2 Limitações impostas ao paciente: trabalho, transporte, alimentação e autocuidado**

O tratamento hemodialítico impõe ao paciente um conjunto significativo de restrições que repercutem diretamente na vida cotidiana, na organização familiar e nas possibilidades de trabalho e participação social. Tais limitações decorrem tanto das exigências clínicas da Doença Renal Crônica (DRC) quanto da rotina rígida do tratamento, constituindo um processo de adaptação contínua que envolve dimensões físicas, emocionais e socioeconômicas (ROSO *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2017).

### **2.2.1 Restrição alimentar e hídrica**

As orientações nutricionais são rigorosas e representam um dos principais desafios para a adesão terapêutica. Pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS) devem: reduzir sódio, em geral para menos de 2 g/dia;

- controlar potássio, a fim de prevenir arritmias;
- regular fósforo, diminuindo risco de hiperfosfatemia;
- adequar proteína, conforme parâmetros metabólicos;
- limitar ingestão de líquidos, visando evitar sobrecarga hídrica (BRASIL, 2014).

Essas restrições afetam diretamente o paladar, o comportamento alimentar e a experiência subjetiva da refeição, podendo gerar frustração, ansiedade, irritabilidade e perda de prazer associado à alimentação (NOGUEIRA *et al.*, 2016 apud PIRES *et al.*, 2017). Sintomas como boca seca, distúrbios do sono e alterações de peso são frequentes e contribuem para o desconforto físico e emocional.

### **2.2.2 Limitações funcionais e impacto no trabalho**

O regime de três sessões semanais, com duração aproximada de quatro horas cada, reorganiza profundamente o cotidiano. O deslocamento até a unidade, o desgaste físico durante e após a sessão e a necessidade de manter horários fixos podem reduzir a capacidade

laboral, dificultar a permanência no emprego e restringir o acesso a oportunidades formais de trabalho (PIRES *et al.*, 2017).

A fadiga pós-diálise, episódios de hipotensão, câimbras e indisposição geral interferem na produtividade e podem limitar o desempenho em atividades que exigem esforço físico ou concentração prolongada. Em muitos casos, o paciente passa a depender de benefícios previdenciários ou assistenciais, o que altera sua autonomia financeira e o modo como se insere socialmente.

### **2.2.3 Dificuldades relacionadas ao transporte**

A manutenção da rotina hemodialítica depende de deslocamentos frequentes, muitas vezes longos, especialmente em regiões com escassez de unidades de diálise. A literatura evidencia que atrasos, ausência de transporte público adequado e custos adicionais impactam diretamente a adesão ao tratamento, aumentando o risco de intercorrências clínicas decorrentes da não realização das sessões previstas (BRASIL, 2014).

Para pacientes vulneráveis, as barreiras de transporte podem gerar absenteísmo, sobrecarga emocional e insegurança frente ao percurso até a unidade de saúde.

### **2.2.4 Autocuidado e exigências permanentes**

O autocuidado torna-se eixo central na vida do paciente, abrangendo:  
controle rigoroso da ingestão de líquidos e alimentos;

- observância aos horários e doses de medicamentos;
- monitoramento de sinais clínicos;
- cuidado com o acesso vascular;
- manutenção de hábitos compatíveis com a condição clínica, como atividade física leve e abandono do tabagismo (BRASIL, 2014).

A adesão às recomendações depende de compreensão, motivação e suporte social. A falta de aceitação da doença e a dificuldade em incorporar mudanças no estilo de vida são apontadas como fatores que comprometem o tratamento (NOGUEIRA *et al.*, 2016 *apud* PIRES *et al.*, 2017). Assim, o autocuidado não é apenas tarefa técnica, mas processo educativo contínuo, que exige acompanhamento multiprofissional.

### **2.2.5 A dimensão subjetiva das limitações**

Embora objetivas, as restrições impostas pela terapia dialítica têm repercuções subjetivas significativas. A perda de autonomia, a dependência de equipamentos, a percepção de risco constante e a alteração do projeto de vida contribuem para sentimentos de medo, angústia, isolamento e desânimo.

A adaptação às limitações físicas e sociais envolve um processo de reelaboração contínua, no qual o paciente precisa conciliar o tratamento com suas expectativas, responsabilidades e vínculos pessoais (PIRES *et al.*, 2017).

## **2.3 Impactos emocionais e sociais**

O tratamento hemodialítico repercute de maneira profunda na dimensão emocional e social dos pacientes, configurando um processo de adaptação contínuo que mobiliza sentimentos, vínculos, modos de vida e identidades. A literatura aponta que a Doença Renal Crônica (DRC), ao assumir caráter permanente e demandar terapias prolongadas, altera de forma significativa o cotidiano e provoca reorganizações complexas nas esferas pessoal, familiar e social (PIRES *et al.*, 2017). O enfrentamento diário da cronicidade, associado à dependência de uma tecnologia vital, produz experiências subjetivas marcadas por ambivalências, inseguranças e expectativas que influenciam diretamente o plano terapêutico.

Do ponto de vista emocional, a hemodiálise suscita sentimentos que oscilam entre medo, ansiedade, resignação e esperança. A consciência constante da gravidade da doença, a percepção de risco durante o procedimento e a vivência de sintomas recorrentes — como fadiga, hipotensão e desconfortos físicos — intensificam a vulnerabilidade emocional. Muitos pacientes convivem, simultaneamente, com o receio de complicações durante a sessão, a expectativa de um transplante renal e a angústia diante da possibilidade de um futuro incerto. Essas vivências exigem intervenções que transcendam o cuidado técnico e que promovam acolhimento, escuta qualificada e suporte psicossocial.

A literatura destaca que o vínculo estabelecido na sala de diálise favorece a expressão de sentimentos e facilita a identificação de sinais de sofrimento emocional, possibilitando intervenções educativas e de apoio que fortalecem a adesão terapêutica (PIRES *et al.*, 2017). O manejo sensível dessas manifestações é parte integrante da qualidade do cuidado, uma vez que dificuldades emocionais mal conduzidas podem resultar em absenteísmo, abandono do tratamento ou não adesão às restrições clínicas.

No plano social, os impactos também são expressivos. A rotina rígida da terapia — com idas frequentes à unidade, tempo prolongado de sessão e cansaço residual — altera dinâmicas familiares, restringe a participação em atividades comunitárias e limita a inserção laboral. Muitos pacientes passam a depender de terceiros para o transporte, modificam ou interrompem vínculos de trabalho e enfrentam desafios financeiros decorrentes da redução da capacidade produtiva. Essas transformações afetam a autonomia, a autoestima e os projetos de vida, exigindo uma reorganização do cotidiano mediada por estratégias de enfrentamento individuais e familiares.

Além disso, a DRC carrega estigmas associados à dependência tecnológica e à ideia de limitação permanente. A mudança na autoimagem, o impacto nos relacionamentos e a percepção de ser um “paciente crônico” influenciam as relações sociais e podem gerar isolamento, retraimento e sentimentos de inadequação. A literatura ressalta que o suporte multiprofissional — envolvendo nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e nefrologistas — é fundamental para minimizar essas repercussões, oferecendo orientação, mediação de direitos, acompanhamento emocional e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Os impactos emocionais e sociais da hemodiálise, portanto, reafirmam a necessidade de compreender o tratamento como um processo integral e não apenas como procedimento clínico. O adoecimento crônico mobiliza dimensões que ultrapassam o corpo físico, envolvendo significados, expectativas, vínculos, limitações e possibilidades. Nesse sentido, intervenções que considerem a totalidade da experiência vivida pelo paciente contribuem para ampliar a adesão, promover autonomia e fortalecer o cuidado em sua dimensão humana, dialogando diretamente com os princípios ético-políticos e com o projeto de defesa de direitos que sustentam o Serviço Social na saúde.

### **3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE**

A atuação do Serviço Social no campo da saúde constitui uma frente histórica e politicamente estruturada da profissão no Brasil, resultante de transformações sociais, institucionais e legais que redefiniram o papel do(a) assistente social no enfrentamento das desigualdades e na garantia de direitos. Inserido em um ambiente marcado por demandas complexas — que articulam dimensões biológicas, psicológicas, econômicas e socioculturais — o Serviço Social consolida, ao longo das décadas, uma prática crítica e comprometida com a defesa do acesso universal e da equidade no cuidado em saúde.

Desde sua origem em instituições hospitalares na primeira metade do século XX, a profissão migrou de um perfil predominantemente assistencialista para uma atuação técnico-política qualificada, fundamentada em teorias sociais críticas e na compreensão do processo saúde-doença como uma expressão da questão social. Essa mudança paradigmática é descrita por Iamamoto e Carvalho (2006), que situam o movimento de reconceituação como decisivo para a superação das práticas filantrópicas e para a consolidação de uma intervenção voltada ao fortalecimento de direitos e à leitura das determinações sociais que condicionam a vida dos usuários.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, constitui marco fundamental para a redefinição do lugar do Serviço Social no campo sanitário. O SUS estabelece diretrizes de universalidade, integralidade e participação social, conferindo ao(à) assistente social um papel estratégico na articulação entre necessidades de saúde e políticas sociais mais amplas. Assim, torna-se imprescindível o diálogo entre as dimensões clínicas e sociais do cuidado, reforçando a importância de práticas interdisciplinares e da defesa de um projeto de sociedade pautado em justiça social e cidadania (BRASIL, 1990).

Ao mesmo tempo, o Código de Ética Profissional, atualizado pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2011, reafirma princípios que orientam a prática na saúde, como o compromisso com a liberdade, a defesa dos direitos humanos, o combate a discriminações e a ampliação da autonomia dos sujeitos. Esses princípios sustentam uma prática crítica, alicerçada na defesa intransigente das políticas públicas e na mediação entre sujeitos, territórios e redes de proteção social (CFESS, 2011).

Adicionalmente, legislações como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a Lei nº 8.742/1993, e diretrizes de gestão do trabalho no SUS, como a NOB-RH/SUS, fornecem arcabouço normativo que fundamenta as atribuições e competências do(a) assistente social na

saúde, tanto no âmbito da atenção direta ao usuário quanto na formulação, gestão e avaliação de políticas e serviços. Como destacam Bravo & Matos (2015), a inserção profissional na saúde envolve ações educativas, processos de acolhimento, intervenção com famílias, articulação intersetorial e participação em equipes multiprofissionais, compondo um campo de atuação que exige sólida formação teórica, postura ético-política e capacidade crítica diante das expressões contemporâneas da questão social.

Dessa maneira, compreender o Serviço Social no campo da saúde implica reconhecer a amplitude e complexidade de sua atuação, marcada por disputas políticas, pela defesa do SUS e pela construção cotidiana de práticas comprometidas com a dignidade humana. A seguir, serão abordados o histórico da inserção profissional, seus fundamentos ético-políticos e o conjunto de legislações e diretrizes que orientam sua prática.

### **3.1 Histórico de Inserção do(a) Assistente Social na Saúde**

A presença do Serviço Social na saúde constitui um processo histórico que acompanha a própria conformação das políticas sociais brasileiras e a evolução crítica da profissão. As primeiras experiências de inserção ocorreram no início da década de 1940, quando o(a) assistente social passou a atuar em hospitais filantrópicos e serviços de saúde de caráter eminentemente assistencialista. Nesse período, predominava uma prática voltada ao “ajustamento do indivíduo à ordem social” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006), sem ainda a compreensão ampliada do processo saúde-doença como construção social. Como afirmam os autores, “o Serviço Social, naquele momento, se desenvolvia sob forte inspiração religioso-moral e sob a tutela de práticas filantrópicas” (IAMAMOTO & CARVALHO, 2006, p. 82).

O movimento de reconceituação, nas décadas de 1960 e 1970, constitui ruptura central na prática do Serviço Social, influenciando diretamente sua atuação na saúde. Esse movimento buscou superar as bases conservadoras da profissão, incorporando referenciais teórico-críticos oriundos das ciências sociais e enfatizando a determinação social do processo de adoecimento. Netto (2015, p. 57) destaca que essa inflexão crítica promoveu “a emergente consciência de que a questão social deveria ser enfrentada não como desajuste individual, mas como expressão das contradições históricas da sociedade capitalista”.

Com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde, pela Lei nº 8.080/1990, a inserção do Serviço Social ganha novos contornos. O SUS rompe com o modelo fragmentado de assistência e consolida o cuidado em saúde como direito de cidadania, o que exige profissionais aptos a dialogar com desigualdades estruturais,

vulnerabilidades sociais e barreiras de acesso. O documento que institui o sistema afirma que a saúde é resultante de “determinantes e condicionantes, entre os quais a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação” (BRASIL, 1990), estabelecendo um vínculo direto entre saúde e justiça social — dimensão indissociável do exercício profissional do(a) assistente social.

Bravo & Matos (2015, p. 40), ao analisarem a consolidação do trabalho interdisciplinar no SUS, destacam que “o Serviço Social adquire relevância estratégica ao articular políticas, interpretar demandas e mediar direitos, contribuindo para a efetivação da universalidade e integralidade”. Essa mediação se torna fundamental diante da complexidade dos itinerários terapêuticos dos usuários, sobretudo aqueles em condições de vulnerabilidade, dependência de benefícios sociais ou enfrentamento de doenças crônicas.

Além disso, o Código de Ética do/a Assistente Social — atualizado em 2011 — reforça princípios que orientam o exercício profissional, como o compromisso com direitos humanos, a recusa ao arbítrio e a defesa da cidadania. Em um de seus trechos mais emblemáticos, o documento afirma que é dever do(da) assistente social “contribuir para a eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade” (CFESS, 2011, p. 14). No campo da saúde, esse princípio se traduz na defesa de práticas não discriminatórias e na promoção da autonomia dos sujeitos adoecidos.

Outro marco importante para a presença do Serviço Social na saúde é a NOB-RH/SUS, que reconhece oficialmente a categoria como parte da equipe multiprofissional, garantindo diretrizes para formação, atuação, gestão e participação nos processos decisórios. Segundo a norma, “a qualificação do trabalho em saúde exige o fortalecimento de equipes interdisciplinares, valorizando a especificidade de cada profissão” (BRASIL, 2005, p. 22), o que inclui a dimensão socioterritorial e educativa que caracteriza o trabalho do(a) assistente social.

Assim, a inserção do Serviço Social na saúde não decorre apenas de uma demanda técnica, mas de um projeto societário orientado pela defesa dos direitos sociais e pela construção de políticas públicas universalizantes. Ao longo do tempo, esse processo deslocou a atuação profissional da prática caritativa para uma intervenção crítica, comprometida com a transformação social e com a luta pela consolidação do SUS como política pública estruturante do Estado brasileiro.

### **3.2 Princípios Ético-Políticos do Serviço Social**

Os princípios ético-políticos que orientam o Serviço Social constituem um dos pilares fundamentais para compreender a atuação profissional no campo da saúde. Ancorados em um projeto profissional crítico, comprometido com a emancipação humana, tais princípios ultrapassam a dimensão normativa e configuram diretrizes para a leitura da realidade social, para a formulação de respostas profissionais qualificadas e para a defesa intransigente dos direitos sociais. O Código de Ética Profissional, atualizado pelo Conselho Federal de Serviço Social em 2011, sintetiza esse horizonte. Logo em sua apresentação, o documento afirma que o Serviço Social sustenta “um projeto societário vinculado à construção de uma nova ordem social, sem dominação e sem exploração de classe” (CFESS, 2011, p. 9), estabelecendo a perspectiva ético-política que orienta a profissão.

Entre os princípios centrais, destaca-se o compromisso com a liberdade, entendida como valor ético fundamental. Iamamoto (2007, p. 112) lembra que “a liberdade, para o Serviço Social, não é mera noção abstrata, mas uma construção histórica e coletiva, que implica luta por igualdade e pela ampliação de direitos”. No campo da saúde, esse compromisso se traduz na defesa da autonomia dos usuários, na recusa à medicalização excessiva de problemas sociais e na valorização de práticas que reconheçam os sujeitos como agentes ativos na construção de seus percursos terapêuticos.

Outro princípio essencial é o compromisso com a igualdade e a justiça social, articulado ao combate a todas as formas de preconceito. O Código de Ética é explícito ao afirmar que é dever do(a) assistente social “contribuir para a eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade” (CFESS, 2011, p. 14). Esse princípio possui especial relevância nos serviços de saúde, onde frequentemente emergem situações de estigma relacionado a doenças crônicas, condições psicossociais, pobreza, deficiência ou pertencimento a populações historicamente marginalizadas.

A atuação profissional também é marcada pelo princípio da defesa da universalidade de acesso aos bens e serviços, que se articula diretamente com os fundamentos do Sistema Único de Saúde. A legislação do SUS, conforme destaca Brasil (1990), baseia-se nos princípios de “universalidade, integralidade e equidade”, orientando a construção de políticas públicas que garantam o cuidado em saúde como direito de cidadania. Desse modo, a defesa do SUS é também defesa do projeto ético-político do Serviço Social.

Em uma perspectiva ampliada, Netto (2011, p. 73) destaca que o compromisso ético-político do Serviço Social repousa na articulação entre teoria e prática, sendo que “não há

exercício profissional crítico sem fundamento teórico consistente e sem direção social consciente”. No cotidiano da saúde, essa diretriz se expressa na capacidade do(a) assistente social de analisar a realidade institucional, reconhecer desigualdades sociais que condicionam o adoecimento e promover ações de mediação que considerem tanto a singularidade do usuário quanto os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Também merece destaque o princípio da qualidade dos serviços prestados, que envolve responsabilidade técnica e a permanente atualização profissional. O Código de Ética menciona a necessidade de “aperfeiçoamento intelectual, na perspectiva da competência profissional” (CFESS, 2011, p. 16). No campo da saúde, essa orientação é especialmente relevante diante da complexidade das demandas, da rápida evolução das políticas públicas e da necessidade de articulação com equipes multiprofissionais.

A defesa dos direitos humanos ocupa lugar estruturante na tessitura ético-política da profissão. Conforme ressalta Barroco (2018, p. 45), os direitos humanos, para o Serviço Social, constituem “referencial normativo e político que orienta a defesa da dignidade humana e fundamenta a crítica às violações presentes na sociedade contemporânea”. No contexto da saúde, essa defesa se materializa na luta contra práticas discriminatórias, na proteção do sigilo profissional, na garantia do consentimento informado e na mediação de caminhos para o acesso a tratamentos, benefícios e políticas intersetoriais.

Por fim, o princípio da democracia e participação social reforça a necessidade de que o(a) assistente social atue de forma ativa em espaços de gestão, planejamento e controle social da saúde. O próprio SUS, ao instituir conselhos e conferências como mecanismos de participação, reafirma a centralidade da democracia na construção das políticas de saúde no país. De acordo com Bravo & Matos (2015, p. 52), “a participação social constitui instrumento indispensável para tensionar desigualdades e qualificar as políticas públicas”, o que integra diretamente as atribuições do Serviço Social.

Assim, o conjunto dos princípios ético-políticos do Serviço Social sustenta não apenas normas de conduta, mas uma direção profissional comprometida com a transformação social, com a defesa dos direitos e com a construção de práticas humanizadas, críticas e emancipatórias no campo da saúde.

### **3.3 Legislação e Diretrizes do Serviço Social na Saúde**

A atuação do Serviço Social no campo da saúde está sustentada por um conjunto robusto de marcos legais e diretrizes que orientam o exercício profissional, asseguram autonomia técnica e regulam responsabilidades éticas, políticas e institucionais. Esses documentos estruturam o lugar do(a) assistente social no SUS, definem parâmetros de qualidade para o cuidado e articulam a intervenção profissional às políticas públicas de proteção social.

Um dos pilares normativos nesse campo é a Lei nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde. Ao reconhecer que a saúde possui determinantes sociais — abrangendo desde “a alimentação, a moradia e o trabalho até a renda, o saneamento, o meio ambiente e a educação” (BRASIL, 1990, p. 1) — o texto legal amplia o escopo da intervenção em saúde e legitima a presença do Serviço Social como profissão capaz de interpretar e mediar esses condicionantes no cotidiano institucional. O princípio da universalidade, somado aos de integralidade e equidade, estabelece um horizonte ético-político que converge com o projeto profissional do Serviço Social e fortalece sua atuação interdisciplinar nos serviços.

Outro marco estruturante é a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/1993, que integra o cuidado em saúde às necessidades de proteção social. Muitas situações acompanhadas nos serviços de saúde — como vulnerabilidade econômica, deficiência, impedimentos para o trabalho e fragilidades familiares — demandam articulação com a rede socioassistencial. O Benefício de Prestação Continuada (BPC), por exemplo, está entre as principais demandas mediadas pelo(a) assistente social na área da saúde, exigindo conhecimentos sobre critérios, normativas e fluxos intersetoriais. Assim, LOAS e SUS se encontram no cotidiano da prática, reforçando a natureza híbrida da intervenção profissional, situada entre políticas sociais distintas e complementares.

O Código de Ética do/a Assistente Social, atualizado pelo CFESS em 2011, também orienta diretamente o exercício na saúde. Ao estabelecer princípios como a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade, a responsabilidade com a qualidade dos serviços prestados e a recusa ao arbítrio, o documento funciona como guia para a tomada de decisões e para o enfrentamento de situações de conflito ético. O Código afirma que cabe ao(à) profissional atuar “em consonância com a defesa intransigente dos direitos sociais e individuais” (CFESS, 2011, p. 12), reforçando que o cuidado em saúde não se reduz a aspectos biomédicos, mas envolve condições de existência, cidadania e autonomia.

No âmbito da gestão do trabalho, a NOB-RH/SUS representa importante diretriz. Ao tratar da constituição e qualificação das equipes multiprofissionais, a normativa reconhece o Serviço Social como categoria essencial para a análise socioeconômica, o acolhimento de demandas, a mediação com redes de apoio e o acompanhamento de usuários em situações de risco social. A NOB-RH/SUS enfatiza que a qualidade da atenção passa necessariamente por “equipes interdisciplinares articuladas, com respeito às especificidades de cada categoria profissional” (BRASIL, 2005, p. 21), o que legitima a centralidade da dimensão social no cuidado integral.

Somam-se a esses marcos outras diretrizes importantes produzidas pelo CFESS e pelo CRESS, tais como orientações sobre sigilo profissional, uso de prontuários, registros em saúde, atuação em equipes multiprofissionais e procedimentos éticos diante de violações de direitos. Tais documentos, ao detalharem prerrogativas e limites da ação profissional, sustentam a autonomia técnica do Serviço Social, assegurando que sua intervenção seja orientada por fundamentos teóricos e pelo projeto ético-político da profissão.

Por fim, a articulação entre essas legislações e diretrizes configura um campo de atuação sólido e coerente. O Serviço Social na saúde não se ancora apenas em normativas, mas em um projeto profissional comprometido com a emancipação dos sujeitos, com a efetivação de direitos e com a defesa do SUS como política pública universal. A tessitura que emerge desse conjunto normativo é, portanto, uma trama ética, política e institucional que permite ao(à) assistente social atuar com profundidade, criticidade e responsabilidade no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social presentes no processo saúde-doença.

### **3.4 Serviço Social na Saúde: síntese teórico-prática**

A análise do Serviço Social no campo da saúde evidencia um processo de consolidação profissional sustentado por fundamentos históricos, ético-políticos e legais que conferem densidade teórica e legitimidade à intervenção. A trajetória da profissão nessa área revela um deslocamento significativo: das práticas filantrópicas e moralizantes do início do século XX para uma atuação crítica e tecnicamente fundamentada, associada ao projeto ético-político do Serviço Social e às diretrizes estruturantes do Sistema Único de Saúde.

No plano teórico, observa-se que o processo saúde-doença é entendido como expressão da questão social, influenciado por condições socioeconômicas, culturais e territoriais. Esse entendimento exige a articulação entre políticas públicas, redes

intersetorial e mecanismos de proteção social, elementos que conformam o espaço de atuação profissional do(a) assistente social.

No plano prático, a atuação profissional é orientada por princípios ético-políticos que envolvem a defesa dos direitos humanos, o combate a discriminações, a promoção da autonomia e a garantia da qualidade dos serviços prestados. Tais princípios se articulam a marcos legais — como SUS, LOAS, NOB-RH/SUS e Código de Ética Profissional — que regulam responsabilidades e asseguram a autonomia técnica necessária ao exercício profissional.

Assim, a atuação do Serviço Social na saúde integra dimensões teóricas e práticas que convergem para a construção de respostas qualificadas às necessidades dos usuários, considerando suas vulnerabilidades, contextos familiares, condições de vida e trajetórias de cuidado. O campo da saúde configura, portanto, um espaço estratégico para a materialização dos fundamentos da profissão e para a defesa intransigente do acesso universal e equânime aos serviços e políticas públicas.

**Quadro 1 — Síntese teórico-prática do Serviço Social na Saúde**

<b>Eixo Analítico</b>	<b>Conteúdo Essencial</b>	<b>Desdobramentos na Prática Profissional</b>
<b>Histórico de inserção</b>	Evolução da prática: da filantropia ao enfoque crítico e interdisciplinar na saúde.	Atuação alinhada às determinações sociais do adoecimento e às políticas públicas.
<b>Fundamentos ético-políticos</b>	Direitos humanos, autonomia, justiça social e combate a discriminações.	Mediação ética em situações complexas, defesa de direitos e qualificação do cuidado.
<b>Marcos normativos</b>	SUS, LOAS, Código de Ética, NOB-RH/SUS e diretrizes do CFESS/CRESS.	Garantia de respaldo legal; organização de fluxos; articulação intersetorial.
<b>Abordagem socioassistencial na saúde</b>	Relação entre saúde e proteção social não contributiva.	Encaminhamentos ao BPC, orientação social, estudos socioeconômicos e rede de apoio.
<b>Trabalho interdisciplinar</b>	Integração entre distintas áreas do conhecimento e práticas de cuidado.	Participação em equipes multiprofissionais, planejamento do cuidado e ações coletivas.

**Fonte:** Elaborado pelos autores (2025).

Identifica-se, pois, que o Serviço Social na saúde se estrutura sobre bases históricas, ético-políticas e normativas que conferem consistência ao exercício profissional. Na

perspectiva histórica, observa-se que a presença do(a) assistente social no campo sanitário se expandiu ao acompanhar transformações nas políticas públicas e mudanças no entendimento do processo saúde-doença. A passagem de práticas assistencialistas para intervenções críticas evidencia que a profissão consolidou, ao longo do tempo, uma direção social orientada pela defesa de direitos e pela compreensão ampliada das necessidades dos usuários.

Do ponto de vista ético-político, o conjunto de princípios previstos no Código de Ética Profissional orienta o exercício da profissão em direção à defesa da dignidade humana, à promoção da autonomia e ao enfrentamento das desigualdades sociais. Esses princípios não operam apenas como normativas de conduta, mas como fundamentos orientadores da análise das situações de vulnerabilidade que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde.

No âmbito legal, documentos como a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.742/1993, a NOB-RH/SUS e as resoluções do CFESS reforçam a natureza pública da saúde e da assistência social, estabelecendo que o acesso a esses serviços deve ocorrer de maneira universal, integral e equânime. Ao mesmo tempo, as diretrizes normativas reconhecem a especificidade do Serviço Social como componente indispensável das equipes multiprofissionais, garantindo autonomia técnica e respaldo institucional para a atuação profissional.

Esses elementos convergem para demonstrar que a intervenção do Serviço Social na saúde ultrapassa a dimensão técnico-operativa, integrando análise crítica, mediação de direitos e articulação intersetorial. As demandas que emergem nesse campo — muitas delas relacionadas a vulnerabilidades socioeconômicas, limitações funcionais, estigmas e barreiras de acesso — evidenciam a necessidade de uma prática que considere tanto a singularidade de cada usuário quanto as determinações sociais mais amplas que condicionam suas trajetórias de cuidado.

Assim, a síntese teórico-prática apresentada indica que o Serviço Social na saúde se constitui como espaço de intervenção estratégica para a materialização dos direitos sociais, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS, para o fortalecimento da proteção social e para a qualificação do cuidado ofertado à população.

#### **4. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CUIDADO AO PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

A análise desenvolvida nos capítulos anteriores evidenciou que a Doença Renal Crônica (DRC) constitui uma condição marcada por complexidade clínica, repercussões emocionais e impactos sociais que ultrapassam em muito a dimensão biomédica do adoecimento. Ao mesmo tempo, demonstrou-se que o Serviço Social, ancorado em seu projeto ético-político e articulado às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assume papel estratégico na mediação dos determinantes sociais da saúde, na defesa dos direitos e na construção de respostas profissionais que dialogam com a totalidade da experiência vivida pelos usuários. A compreensão ampliada do processo saúde-doença, apresentada no Capítulo 3, sustenta o entendimento de que a atenção à saúde exige práticas interdisciplinares, sensíveis às desigualdades e comprometidas com a integralidade do cuidado.

É nesse horizonte que se insere a discussão deste capítulo. A hemodiálise, modalidade central da Terapia Renal Substitutiva (TRS) para pacientes com perda irreversível da função renal, apresenta-se como um processo terapêutico contínuo, rigoroso e profundamente reorganizador da vida cotidiana. O tratamento dialítico reúne elementos fisiológicos, psicológicos e sociais, impondo limitações objetivas — como restrições alimentares, dependência de tecnologia e alterações na capacidade laboral — e desencadeando repercussões subjetivas, como medo, cansaço, incertezas e fragilização dos vínculos sociais. Tais elementos foram delineados no Capítulo 2 e configuraram o cenário concreto sobre o qual se constrói a intervenção profissional.

Diante desse quadro, a atuação do Serviço Social no contexto da hemodiálise não se limita ao atendimento pontual ou ao encaminhamento de demandas isoladas. Pelo contrário, ela se constitui em um processo de mediação permanente, que envolve interpretação crítica das condições de vida, identificação das vulnerabilidades, articulação com políticas públicas e construção de estratégias que ampliem o acesso, a autonomia e a adesão ao tratamento. A clínica, nesse sentido, não se restringe ao espaço técnico da máquina de hemodiálise, mas se entrelaça com a vida social dos sujeitos, com seus projetos interrompidos, com suas possibilidades de resistência e com os direitos historicamente negados.

Assim, este capítulo aprofunda o debate sobre a atuação do Serviço Social na unidade dialítica, articulando três eixos fundamentais:

(a) a dimensão integral do cuidado, que reconhece a hemodiálise como processo multifacetado e destaca o papel estratégico do Serviço Social na interface entre necessidades clínicas e sociais;

(b) as limitações impostas pela terapia, compreendidas tanto em sua materialidade quanto em suas repercussões subjetivas, e o papel da equipe multiprofissional no manejo dessas demandas; e

(c) a mediação de direitos e a articulação intersetorial como instrumentos centrais para assegurar condições de tratamento, acesso à rede de proteção social e defesa da cidadania.

Ao antecipar essas discussões, reafirma-se que a intervenção do Serviço Social no cuidado dialítico não é acessória, mas constitutiva do próprio princípio de integralidade que orienta o SUS. Trata-se de um campo de prática em que a técnica, a ética e o compromisso político se unem para responder às múltiplas expressões da questão social que emergem do tratamento hemodialítico, contribuindo para a construção de itinerários terapêuticos mais justos, humanos e coerentes com os direitos sociais garantidos no ordenamento brasileiro.

#### **4.1 A dimensão integral do cuidado dialítico e a intervenção profissional**

A hemodiálise, conforme discutido nos capítulos iniciais, constitui a principal modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) para indivíduos em estágios avançados da Doença Renal Crônica (DRC). É um tratamento contínuo, rigoroso e estruturante do cotidiano, cuja complexidade vai muito além do ato técnico de filtração extracorpórea. As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC, publicadas pelo Ministério da Saúde, ressaltam que a terapia dialítica exige acompanhamento permanente e ações que articulem dimensões clínicas, sociais e educativas para garantir segurança e continuidade do tratamento (BRASIL, 2014). Esse entendimento rompe com perspectivas reducionistas centradas apenas no componente biológico da doença e reafirma a necessidade de práticas interdisciplinares sensíveis às condições de vida dos usuários.

A literatura especializada destaca que a hemodiálise é um processo multifacetado, no qual se entrelaçam exigências fisiológicas, repercussões emocionais e desafios sociais. Pires *et al.* (2017), ao analisarem a experiência de pacientes em hemodiálise, argumentam que o tratamento impacta diretamente a autonomia, o cotidiano familiar, a vida laboral e a dinâmica subjetiva do indivíduo, exigindo intervenções que ultrapassem os limites da clínica estrita. Para os autores, a integralidade do cuidado só se efetiva quando os profissionais reconhecem

o paciente como sujeito inserido em uma rede de relações e determinantes sociais — perspectiva fundamental para o Serviço Social.

Essa compreensão também dialoga com o debate teórico construído no Capítulo 3, no qual a atuação do Serviço Social no campo da saúde é apresentada como prática crítica, sustentada no reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença. Iamamoto & Carvalho (2006) defendem que as expressões da questão social se materializam nos serviços de saúde, exigindo análise das desigualdades estruturais que atravessam o adoecimento, o acesso aos serviços e a capacidade de enfrentamento dos indivíduos. Nesse sentido, a hemodiálise, ao produzir mudanças profundas na vida do paciente, evidencia de forma nítida as conexões entre fatores econômicos, vínculos familiares, condições de trabalho e trajetória de adoecimento.

A perspectiva ampliada de saúde, consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reforça esse entendimento. A Lei nº 8.080/1990 estabelece que a saúde é condicionada por fatores como alimentação, moradia, renda, saneamento, educação e ambiente de trabalho (BRASIL, 1990). Tais elementos, longe de constituir aspectos periféricos, influenciam diretamente a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes dialíticos. Nesse cenário, a intervenção do Serviço Social assume caráter estratégico, pois se volta à mediação entre demandas clínicas e necessidades sociais, articulando políticas públicas e ampliando o acesso a direitos.

Bravo & Matos (2015) enfatizam que a presença do Serviço Social nas instituições de saúde contribui para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Para as autoras, o assistente social atua identificando barreiras de acesso, interpretando demandas complexas e mediando recursos institucionais e intersetoriais. No contexto da hemodiálise, esse papel se torna particularmente relevante, visto que o tratamento exige deslocamentos frequentes, reorganização do tempo de trabalho, adaptações familiares e adesão a restrições dietéticas e comportamentais — elementos que, quando não devidamente acompanhados, comprometem o itinerário terapêutico e intensificam vulnerabilidades.

A intervenção profissional, sustentada pelo Código de Ética do/a Assistente Social, tem como norte a promoção da autonomia, a defesa de direitos e o combate a todas as formas de discriminação (CFESS, 2011). No campo dialítico, esses princípios se materializam no acolhimento das demandas emocionais, na orientação sobre direitos socioassistenciais e previdenciários, na mediação com serviços de transporte, no fortalecimento das redes de apoio e na articulação com a equipe multiprofissional. Trata-se de uma prática que integra

dimensões técnico-operativas, teóricas e ético-políticas, orientada por uma leitura crítica das desigualdades que moldam a experiência do adoecimento.

Assim, a dimensão integral do cuidado dialítico evidencia que o tratamento não se limita ao controle clínico da doença, mas envolve processos contínuos de reorganização da vida, enfrentamento das limitações impostas pela cronicidade e construção de estratégias de cuidado compartilhadas. A atuação do Serviço Social, nesse contexto, contribui para que o paciente seja reconhecido em sua totalidade, garantindo que o cuidado em hemodiálise não seja apenas tecnicamente eficaz, mas socialmente comprometido, eticamente orientado e humanamente significativo.

#### **4.2 As limitações impostas pela hemodiálise e o suporte multiprofissional**

O tratamento hemodialítico, conforme discutido anteriormente, estabelece um regime rígido de cuidados que repercute diretamente na vida cotidiana, nas relações sociais e nas possibilidades de trabalho do paciente. Esse conjunto de limitações, embora frequentemente percebido como inerente ao adoecimento, deve ser interpretado dentro da lógica mais ampla da determinação social da saúde, que envolve fatores econômicos, subjetivos e estruturais. Pires et al. (2017) destacam que a rotina dialítica, composta por três sessões semanais de longa duração, interfere na organização do tempo, reduz a autonomia e dificulta a continuidade de atividades laborais formais.

A literatura registra que a fadiga, a hipotensão e o mal-estar após a sessão constituem desafios recorrentes. Para Pires et al. (2017, p. 4), “a fadiga pós-diálise e a indisposição geral repercutem diretamente na capacidade produtiva, afetando a permanência no trabalho e a participação social”. Analisa-se que esses efeitos não dizem respeito apenas ao procedimento em si, mas às condições de vida que circunscrevem a experiência do tratamento. Pacientes que realizam atividades braçais, que enfrentam jornadas extensas ou que dependem de empregos informais encontram maior dificuldade para compatibilizar o regime dialítico com as exigências do mercado de trabalho.

No campo alimentar, as restrições impostas pelo tratamento constituem outro eixo de impacto significativo. As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica enfatizam a necessidade de controle rigoroso de sódio, potássio e fósforo, bem como da ingestão hídrica (BRASIL, 2014). Essas recomendações, embora fundamentais para evitar complicações metabólicas, produzem alterações no comportamento alimentar e podem gerar sofrimento subjetivo. Nogueira et al. (2016 *apud* PIRES et al., 2017) assinalam que o

conjunto dessas restrições pode desencadear frustração e redução do prazer associado ao ato de comer, o que evidencia a dimensão psicossocial envolvida na adesão dietética.

As dificuldades relacionadas ao transporte constituem outro aspecto sensível da experiência dialítica. Muitas unidades de hemodiálise atendem pacientes residentes em municípios distantes, o que implica longos deslocamentos, custos adicionais e dependência de serviços públicos ou familiares. As Diretrizes Nacionais reconhecem que falhas no transporte, ausência de linhas regulares ou trajetos longos podem comprometer a assiduidade, favorecendo intercorrências clínicas e agravamento do quadro geral (BRASIL, 2014). Essas barreiras evidenciam o quanto o itinerário terapêutico é condicionado por fatores externos à clínica, exigindo intervenções integradas entre saúde, assistência social e políticas municipais de mobilidade.

As repercussões subjetivas também merecem destaque. Pires *et al.* (2017) apontam que o convívio com a máquina dialítica, a perda de autonomia e a percepção constante de risco podem desencadear sentimentos de medo, angústia e isolamento. Observa-se que tais emoções não se constituem como elementos secundários, mas como componentes centrais da experiência de adoecimento crônico. A sobrecarga emocional impacta a adesão ao tratamento e evidencia a necessidade de acompanhamento contínuo por profissionais capacitados para acolher, orientar e compreender as expressões do sofrimento.

Nesse cenário, o suporte multiprofissional adquire centralidade. As Diretrizes Nacionais determinam a presença de equipe composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais a partir do Estágio 4 da DRC, reconhecendo que o cuidado dialítico exige abordagens integradas (BRASIL, 2014). A atuação conjunta desses profissionais possibilita que o paciente receba acompanhamento clínico, orientação nutricional adequada, suporte psicológico e mediação social em um mesmo processo terapêutico. O enfoque interdisciplinar favorece a identificação precoce de dificuldades e contribui para a construção de estratégias de enfrentamento que ampliem a adesão ao tratamento.

O Serviço Social possui, nesse contexto, papel singular. Fundamentado no Código de Ética, que orienta a defesa da autonomia e a garantia de direitos (CFESS, 2011), o assistente social intervém nas dimensões sociais que condicionam o itinerário dialítico. Enfatiza-se que a compreensão do tratamento como experiência que reorganiza a vida cotidiana exige ações que integrem orientações sobre direitos socioassistenciais, articulação com políticas de transporte, fortalecimento de redes familiares e mediação com serviços públicos. Dessa

forma, o Serviço Social contribui para reduzir barreiras de acesso, ampliar a proteção social e promover condições mais dignas de enfrentamento da doença.

Em síntese, as limitações impostas pela hemodiálise demonstram que o tratamento envolve um conjunto de exigências que ultrapassam a dimensão biomédica. As repercussões físicas, emocionais e sociais reafirmam a necessidade de práticas profissionais integradas e de intervenções que considerem a totalidade das condições de vida do paciente. A perspectiva da integralidade, nesse sentido, orienta o cuidado multiprofissional e fundamenta a relevância da atuação do Serviço Social na construção de itinerários terapêuticos mais equânimis, humanizados e socialmente comprometidos.

#### **4.3 Mediação de direitos e articulação intersetorial como instrumentos de cuidado**

A atuação do Serviço Social junto a pacientes em tratamento hemodialítico se estrutura, de modo decisivo, na mediação de direitos e na articulação intersetorial. Trata-se de um campo em que a dimensão técnico-operativa da profissão se entrelaça diretamente ao projeto ético-político, pois a experiência da Doença Renal Crônica evidencia, de forma contundente, o quanto o adoecimento e o acesso à terapia renal substitutiva são atravessados por desigualdades sociais, barreiras territoriais, fragilidades de renda e insuficiência de políticas públicas. Nessa perspectiva, a unidade de hemodiálise se revela não apenas como espaço clínico especializado, mas também como lugar de expressão da questão social, conforme discutido no Capítulo 3.

O arcabouço jurídico que sustenta a presença do Serviço Social na saúde é um ponto de partida fundamental. A Lei nº 8.080/1990, ao instituir o Sistema Único de Saúde, define a saúde como direito de todos e dever do Estado, vinculando-a a determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, trabalho, renda, educação e transporte (BRASIL, 1990). Essa concepção amplia o escopo da intervenção em saúde, pois rompe com uma visão estritamente biomédica e reconhece que a produção do adoecimento e as possibilidades de cuidado estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida. No mesmo sentido, a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993) organiza a proteção social não contributiva, voltada à garantia de mínimos sociais para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 1993). A convergência entre SUS e LOAS, portanto, oferece a base normativa para que o assistente social atue na mediação entre necessidades de saúde e proteção social, especialmente em contextos de cronicidade e dependência tecnológica, como a hemodiálise.

No âmbito da profissão, o Código de Ética do Conselho Federal de Serviço Social reforça essa direção. Ao destacar o compromisso com a liberdade, a justiça social, a defesa de direitos e o combate a todas as formas de preconceito, o documento orienta a prática profissional para a construção de respostas que não naturalizem a desigualdade e que busquem ampliar a autonomia dos sujeitos (CFESS, 2011). No cenário da terapia dialítica, isso significa reconhecer que dificuldades relacionadas ao transporte, à renda, à moradia, ao acesso a benefícios ou à falta de apoio familiar não são problemas individuais, mas expressões de determinações estruturais que devem ser enfrentadas por meio de políticas públicas e de estratégias de articulação em rede.

A literatura que discute o Serviço Social na saúde destaca a importância dessa atuação mediadora. Bravo & Matos (2015) assinalam que o assistente social adquire relevância estratégica ao articular políticas, interpretar demandas e mediar direitos no interior das instituições de saúde, contribuindo para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Na unidade dialítica, isso se manifesta no acompanhamento de situações em que a continuidade do tratamento é ameaçada por fatores extraclínicos, como ausência de transporte, conflitos familiares, perda de vínculo empregatício ou ausência de documentação. No âmbito do presente trabalho, comprehende-se essa mediação como parte constitutiva do cuidado integral, uma vez que a estabilidade clínica depende, em grande medida, da capacidade do usuário acessar e manter recursos sociais que sustentem o itinerário terapêutico.

Um dos campos mais recorrentes de intervenção do Serviço Social é a orientação e o encaminhamento para benefícios socioassistenciais e previdenciários. Pacientes em hemodiálise frequentemente vivenciam redução ou perda da capacidade laboral, o que pode justificar a solicitação do Benefício de Prestação Continuada, previsto na LOAS, ou de benefícios previdenciários, como auxílio por incapacidade temporária ou aposentadoria por incapacidade permanente, desde que preenchidos os requisitos legais. A análise socioeconômica, a organização de documentos, o esclarecimento de critérios e o encaminhamento aos órgãos responsáveis compõem um conjunto de ações que se articulam à defesa do direito à renda, condição indispensável para a garantia de alimentação adequada, moradia digna e transporte para o tratamento. Nessa perspectiva, a mediação de direitos não se limita ao ato burocrático de preenchimento de formulários, mas envolve a leitura crítica das condições de vida e a construção de estratégias que reduzam a exposição do paciente a vulnerabilidades extremas.

Outro eixo relevante diz respeito ao transporte sanitário ou socialmente garantido. Como discutido no Capítulo 2, a adesão ao tratamento pode ser comprometida por longos percursos, ausência de transporte público ou custos elevados com deslocamento. As diretrizes do Ministério da Saúde reconhecem que a organização do transporte é responsabilidade compartilhada entre gestores municipais e estaduais, e que sua ausência implica risco à continuidade da terapia (BRASIL, 2014). Nessa realidade, o Serviço Social atua na articulação com secretarias municipais de saúde, coordenações de transporte, consórcios intermunicipais ou outros setores governamentais, buscando garantir o deslocamento regular dos usuários até a unidade de hemodiálise. Compreende-se que essa articulação intersetorial materializa a integralidade do cuidado, pois reconhece que a terapia não se reduz ao espaço físico onde a máquina está instalada, mas inclui todo o percurso que o paciente realiza para chegar até ela.

A mediação de direitos também envolve o diálogo com a rede socioassistencial. Muitos pacientes dialíticos e suas famílias vivenciam situações de vulnerabilidade que demandam encaminhamento a Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centros de Referência Especializados (CREAS), inclusão em programas de transferência de renda, acompanhamento familiar ou inserção em serviços de convivência. A intersetorialidade, nesse contexto, deixa de ser um princípio abstrato e se torna prática cotidiana, na medida em que o assistente social busca construir pontes entre a unidade de saúde e os serviços da assistência social, da educação, da habitação e, quando necessário, do sistema de justiça. Iamamoto & Carvalho (2006) lembram que a profissão, ao atuar na interface entre políticas sociais, contribui para a leitura das expressões da questão social e para a disputa de projetos societários em disputa. Na unidade dialítica, isso se traduz na compreensão de que a efetividade do tratamento depende também da existência de uma rede de proteção minimamente estruturada.

A dimensão educativa é outro componente fundamental dessa mediação. A orientação sobre direitos, deveres, fluxos de atendimento e funcionamento das políticas públicas compõe um campo de ação que fortalece a autonomia dos usuários. Netto (2011) destaca que o exercício profissional crítico exige articulação entre teoria e prática, bem como clareza de direção social. Para a presente pesquisa, busca-se entender que, ao informar o paciente sobre suas possibilidades de acesso a benefícios, ao explicar critérios de elegibilidade e ao problematizar situações de violação de direitos, o assistente social contribui para a formação de sujeitos mais conscientes e capazes de reivindicar políticas públicas. Essa dimensão educativa não se restringe a atendimentos individuais, podendo envolver grupos de

orientação, atividades coletivas e ações de educação permanente junto à equipe multiprofissional.

A articulação intersetorial também se estende à própria gestão do serviço. A NOBRH/SUS reconhece a importância de equipes multiprofissionais e da participação de diferentes categorias nos processos de planejamento e tomada de decisão (BRASIL, 2005). A inserção do Serviço Social em comissões internas, reuniões de equipe, discussões de caso e fóruns de gestão permite que as análises socioeconômicas e territoriais sejam consideradas na organização do cuidado. Observa-se que essa participação qualifica a leitura institucional sobre o perfil dos usuários da hemodiálise, contribui para a pactuação de fluxos com a rede externa e fortalece o lugar da dimensão social no interior da unidade.

Não se pode perder de vista que a mediação de direitos e a articulação intersetorial ocorrem em um contexto de disputas políticas e de restrições orçamentárias. Bravo e Matos (2015) enfatizam que as políticas de saúde e assistência social têm sido tensionadas por processos de ajuste fiscal, privatizações e focalizações que, na prática, restringem o acesso universal a serviços e benefícios. Nesse cenário, a atuação do Serviço Social não se limita à adaptação a condições dadas, mas envolve posicionamento crítico, participação em espaços de controle social, como conselhos de saúde, e defesa intransigente do SUS e da Seguridade Social como políticas de Estado. A unidade de hemodiálise, enquanto serviço especializado, integra essa disputa mais ampla, na medida em que a garantia de acesso, a qualidade da atenção e a continuidade do tratamento dependem de decisões políticas e de prioridades de gestão.

Portanto, a mediação de direitos e a articulação intersetorial, no contexto da hemodiálise, configuram-se como instrumentos centrais de cuidado, articulando a dimensão clínica à realidade social dos pacientes. Sustenta-se que o Serviço Social, ao interpretar demandas, articular políticas, orientar usuários e tensionar limites institucionais, contribui para que o tratamento se aproxime dos princípios de integralidade e equidade. Mais do que responder a necessidades pontuais, a intervenção profissional busca construir condições para que o paciente em tratamento hemodialítico possa viver com maior dignidade, com acesso a recursos materiais e simbólicos que sustentem o enfrentamento da cronicidade. Dessa forma, o capítulo reafirma que a atuação do Serviço Social na unidade dialítica não é acessória, mas constitutiva do cuidado em saúde, ao incorporar a defesa de direitos como eixo estruturante da prática profissional.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como propósito compreender de que maneira o trabalho do assistente social contribui para a atenção integral aos usuários em Terapia Renal Substitutiva e como essa atuação repercute na Qualidade de Vida no contexto da Doença Renal Crônica. A análise empreendida ao longo da pesquisa evidenciou que a DRC, em sua natureza progressiva e irreversível, conforma um quadro clínico e social de elevada complexidade, que exige intervenções contínuas, articuladas e sensíveis às múltiplas dimensões que atravessam o adoecimento.

Ao alcançar o estágio terminal, a hemodiálise torna-se o recurso terapêutico indispensável para a manutenção da vida. Entretanto, mais do que um procedimento técnico, ela se constitui como um processo que reorganiza profundamente a existência dos usuários. O tratamento impõe rotinas rígidas, prolongadas e exaustivas, acompanhadas de restrições alimentares e hídricas, alterações na capacidade produtiva, desafios no transporte e impactos emocionais, como medo, angústia e isolamento. Esses elementos, quando somados, revelam que o adoecimento ultrapassa a dimensão biológica: ele se inscreve nas desigualdades sociais, econômicas e culturais que estruturam a vida cotidiana. Assim, reafirma-se que o processo saúde-doença é expressão direta da questão social e que sua compreensão demanda olhar ampliado, crítico e interdisciplinar.

Nesse cenário, o Serviço Social emerge como componente fundamental da equipe multiprofissional. Sua intervenção não se limita ao cumprimento de encaminhamentos formais, mas se traduz na mediação qualificada entre as necessidades concretas dos usuários e as políticas públicas que compõem a rede de proteção social. A presença do assistente social possibilita que direitos sejam acessados, barreiras sejam reduzidas e que a experiência da cronicidade seja vivida com maior dignidade e autonomia. Trata-se de uma prática que integra conhecimento técnico, posicionamento ético e compromisso com a universalidade e a integralidade do cuidado.

Os resultados da pesquisa permitem afirmar que a contribuição do Serviço Social se concretiza em três eixos estruturantes. O primeiro deles é a **mediação de direitos**, na qual o profissional orienta, informa, acompanha e viabiliza o acesso a benefícios e recursos socioassistenciais, garantindo a proteção de renda e a segurança social dos usuários. O segundo eixo é a **articulação intersetorial**, por meio da qual o Serviço Social conecta a unidade de saúde a outras políticas e equipamentos, assegurando condições objetivas para a continuidade da terapia — como transporte, assistência social, previdência, programas de

proteção social e suporte comunitário. O terceiro eixo diz respeito à **promoção da autonomia**, campo em que o assistente social estimula a participação ativa do usuário nas decisões sobre seu tratamento, fortalece sua capacidade de reivindicação e confronta estigmas associados à doença crônica.

Com base nesses achados, torna-se evidente que a intervenção profissional do assistente social é constitutiva do cuidado integral. Seu trabalho não se apresenta como complemento, mas como parte orgânica do processo terapêutico, posto que opera na interface entre a clínica e o social, entre as necessidades individuais e as respostas coletivas produzidas pelas políticas públicas. Em uma realidade em que o adoecimento se relaciona diretamente às desigualdades estruturais, o Serviço Social assume a tarefa de mediar vidas interrompidas, reconstruindo possibilidades e afirmando direitos.

Este estudo reafirma, ainda, o compromisso com a defesa do Sistema Único de Saúde enquanto política universal, equânime e integral. A garantia do cuidado em hemodiálise depende, em grande medida, da manutenção e do fortalecimento do SUS, da ampliação do acesso e da proteção social, e do reconhecimento da centralidade da equipe multiprofissional para a qualidade do tratamento.

Por fim, considera-se que esta pesquisa abre caminhos para novas investigações. Estudos de abordagem qualitativa poderiam aprofundar a compreensão sobre como a mediação de direitos repercute subjetivamente na percepção de Qualidade de Vida dos usuários em hemodiálise, explorando narrativas, sentidos e experiências que não emergem plenamente em levantamentos quantitativos. Com isso, novos elementos poderiam fortalecer a prática profissional e contribuir para a formulação de políticas mais sensíveis às condições reais de existência dos sujeitos que convivem com a DRC.

## **REFERÊNCIAS**

- AGUIAR, L.K *et. al.* Fatores Associados à Doença Renal Crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *REV BRAS EPIDEMIOL* 2020; 23: E200044. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>. Acesso em: 29 nov. 2025.
- BARROCO, M. L. S. *Ética e direitos humanos*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2018.
- BASTOS, M.G; BREGMAN, R; KIRSZTAJN, G.M. Doença Renal Crônica: freqüente e grave, mas também prevenível e tratável. *RevAssocMedBras* 2010; 56(2): 248-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000200028>. Acesso em: 02 dez. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília: Diário Oficial da União, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. NOB-RH/SUS: *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 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*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BERNARD, C. The Kidney: function, cells and biomarkers. *Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.)* 2021;43(1):3-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/qrJHs5MY8GJtXzHtQvbDywh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2025.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. *Política de saúde na atual conjuntura: interpelações ao Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. *Código de Ética do/a Assistente Social e Lei 8.662/1993*. Brasília: CFESS, 2011.
- FERREIRA, A. F. A. *O papel do enfermeiro na assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico* (Revisão de Literatura). Recife: Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa, 2014.
- IAMAMOTO, M. V. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- MEDEIROS, S. C. F. *Importância do cuidado de enfermagem com o acesso vascular para hemodiálise*. 2015. 29 f. Monografia (Especialização em Nefrologia) — Faculdade Maurício de Nassau, Recife, 2015.

**NEFROCLÍNICAS.** *Para que Servem os Rins? Entenda as funções vitais desse órgão.* Disponível em: <https://nefroclinicas.com.br/blog/quais-sao-as-funcoes-dos-rins>. Acesso em: 01 dez. 2025.

NETTO, J. P. *Transformações societárias e Serviço Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, C. et al. [Conforme citado por] PIRES, M. G. et al. *O papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico*. Artigo Original. Fortaleza, 2017.

PIRES, M. G. et al. *O papel da enfermagem na assistência ao paciente em tratamento hemodialítico*. Artigo Original. Fortaleza, 2017.

ROMÃO JUNIOR, J.E. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. *J. Bras. Nefrol.* 2004;26(3 suppl. 1):1-3. Disponível em: <https://www.bjnephrology.org/en/article/doenca-renal-cronica-definicao-epidemiologia-e-classificacao/>. Acesso em: 28 nov. 2025.

ROSO, C. C. et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 739-745, set. 2013.

SALDANHA, A.L.G et. al. Doença Renal Crônica: perspectivas atuais e desafios futuros. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 7, n.2, p. 01-10,mar./apr., 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68859/48798>. Acesso em: 03 dez. 2025.

SANAR. *Função Renal: revisão anatômica e as funções renais*. Disponível em: <https://sanarmed.com/funcao-renal>. Acesso em: 01 dez. 2025.

SANTANA, S. S.; FONTENELLE, T. M. Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 6, n. 3, Pub. 5, jul. 2013.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2011.

SBN — Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Compreendendo os Rins*. Disponível em:<http://sbn.org.br/publico/centros-de-dialise/>. Acesso em: 07 dez. 2025.

SBN — Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia*. Disponível em:<http://sbn.org.br/publico/centros-de-dialise/>. Acesso em: 07 dez. 2025.