



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Serviço Social: Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional

Sub-eixo: Formação profissional

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SERVIÇO SOCIAL: interfaces entre as implicações sociais do processo de adoecimento e formação profissional em saúde

AYLANA CRISTINA RABELO SILVA ¹
ENAIRE DE MARIA SOUSA DA SILVA ²

RESUMO

Trata-se de estudo referente à inserção do Serviço Social no setor de Hemodiálise no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HUUFMA. Elencou-se como objetivo a análise das implicações sociais do tratamento hemodialítico na vida dos jovens pacientes, considerando estes fatores enquanto primordiais na intervenção do Serviço Social e consequente aprimoramento teórico do assistente social residente. Adotou-se pesquisa exploratória e qualitativa, sustentada no materialismo histórico-dialético de Marx. Concluiu-se que o tratamento ocasiona reflexos sociais sobre o contexto sociofamiliar dos pacientes, e a organização de carga-horária e disciplinas da RIMS proporciona ao profissional residente a apreensão de todas essas peculiaridades.

Palavras-chave: Serviço Social; Residência; Hemodiálise.

ABSTRACT

This is a study referring to the insertion of Social Work in the Hemodialysis sector within the scope of the Multiprofessional Residency in Health (RIMS) of HUUFMA. The objective was to analyze the social implications of hemodialysis treatment in the lives of young patients, considering these factors as essential in the intervention of Social Work and consequent theoretical

1 Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Do Maranhão

2 Estudante de Pós-Graduação. Universidade De Brasília

improvement of the resident social worker. Exploratory and qualitative research was adopted, based on Marx's historical-dialectical materialism. It was concluded that the treatment causes social reflexes on the socio-family context of the patients, and the organization of workload and subjects of the RIMS provides the resident professional with the apprehension of all these peculiarities.

Keywords: Social Service; Residence; Hemodialysis.

1 INTRODUÇÃO

Esta elaboração consiste em uma reflexão acerca da atuação profissional do(a) Assistente Social na esfera das implicações sociais do tratamento hemodialítico na vida dos jovens investidos pela Doença Renal Crônica (DRC). A referida análise foi viabilizada pelas experiências vivenciadas no âmbito do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), mais especificamente no treinamento em serviço na área de Atenção à Saúde Renal na alta complexidade, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA).

O interesse pela temática é resultante da observação de que os elementos cotidianos da vida do paciente em hemodiálise necessitam da intervenção qualificada do(a) assistente social. E, ainda, a partir da observação de que muitos jovens solicitam com frequência da equipe de saúde documentos comprobatórios da realização de procedimentos médicos, a fim de apresentar nos mais diversos espaços da vida social. Na sua maioria, nas escolas, onde inúmeras são as ausências no processo educacional, por conta do tratamento.

Compreendemos que a quantidade de pessoas com DRC expande cada vez mais na conjuntura mundial, sendo que tais pessoas de forma súbita recebem o referido diagnóstico e precisam iniciar uma terapia renal substitutiva. A vida como um todo do indivíduo que necessita de um tratamento contínuo é alterada, modificações que variam desde sua forma de viver à sua forma de perceber o mundo. Tais mudanças causam impacto também nas interações sociais e familiares dos pacientes (CORDEIRO et al., 2009).

O tratamento hemodialítico gera limitações na vida dos pacientes, na sua maioria frustrações. Além de uma dieta específica, a continência na quantidade de líquidos a serem ingeridos e a alteração na aparência física seja por uso do cateter, seja pela presença da fístula arteriovenosa (REIS; GUIRADELLO; CAMPOS, 2008). A partir da compreensão da saúde em uma definição conceitual mais vasta, o que significa, não a compreender somente

como ausência de doença, mas na qualidade de um recurso para a vida toda, com o qual estão incursas diversas condições de natureza social, cultural, econômico e ambiental, desses indivíduos (FUJJI, 2007 apud GOMES, 2014). Logo, apreender essas implicações é proceder para a ampliação dos cuidados aplicados na hemodiálise.

Partimos da compreensão de saúde em uma definição conceitual mais vasta, o que significa, não a perceber somente como ausência de doença, mas na qualidade de um recurso para a vida toda, com o qual estão incursas diversas condições de natureza social, cultural, econômico e ambiental, desses indivíduos (FUJJI, 2007 apud GOMES, 2014). Logo, apreender essas implicações é proceder para a ampliação dos cuidados necessários na hemodiálise.

A abordagem metodológica utilizada na pesquisa delineou-se como qualitativa, pois almejamos compreender os conceitos manifestos pelos sujeitos e as experiências relatadas. Entre outros elementos, considera os valores, crenças, hábitos, atitudes, visões e conhecimentos de mundo dos sujeitos envolvidos como elementos importantes para incidir sobre a realidade de maneira transformadora (CHIZZOTTI, 2010).

Dessa maneira, por meio de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, a Unidade de Cuidados Renais do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra, tornou-se referência empírica deste estudo. Pois se considera que este se trata de um campo que compreende as relações entre o espaço e momento que os usuários realizam o tratamento hemodialítico, mas também compartilham muitos dos reflexos em que o referido tratamento desdobra nas mais diversas esferas do cotidiano.

A amostragem fora composta por 6 (seis) usuários, a saber três do sexo feminino, três do sexo masculino, na faixa etária dos 18 aos 25 anos de idade, e que se encontram em tratamento hemodialítico na Unidade de Cuidados Renais do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – Unidade Presidente Dutra. E, a intervenção do Serviço Social, foi vivenciada a partir das experiências permitidas pelo Treinamento em Serviço, ao longo de dois anos, 12 (doze) horas semanais.

Como instrumento de coleta de dados utilizamos a observação-participante, entrevista semiestruturada e dados secundários (prontuário dos pacientes). A coleta foi realizada no mês de setembro de 2017 por meio de entrevista semiestruturada realizada com os usuários, considerando que se trata de uma técnica que conjuga questionamentos mais fechados (ou estruturados) e outros mais abertos, fator que possibilita ao entrevistado a viabilidade de se pronunciar sobre o que está sendo proposto (HONNIGMANN, 1999 apud

MINAYO, 2004).

A técnica utilizada para análise das informações empíricas foi a análise da enunciação, técnica que julga que na construção do pensamento elabora-se ao mesmo tempo um sentido e realizam transformações (MINAYO, 2004). Destaca-se que a pesquisa em voga foi realizada mediante a aquiescência do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a coleta de dados somente iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa, seguindo as normativas legais que regem a pesquisa com seres humanos (Resolução CNS nº. 466 de 2012 e suas complementares).

O método de pesquisa utilizado foi o materialismo histórico dialético, que nos possibilitou apreender elementos inerentes às contradições que permeiam o processo de adoecimento, bem como a atuação profissional do(a) assistente social, com enfoque para os processos de garantia dos direitos sociais na promoção da saúde, com destaque à vida dos sujeitos envolvidos em contextos históricos determinados.

Consideramos que o caráter próprio da pesquisa qualitativa evidencia os aspectos econômicos, culturais, sociopsicológicos e emocionais os quais se deseja identificar, ou seja, os resultados obtidos são vistos sob análise elaborada a partir do sentido de preponderância de tais elementos como influências na vida dos entrevistados, de acordo com as informações alcançadas. Os significados apreendidos revestem-se da subjetividade que esse tipo de pesquisa propõe e alcançam espaço de credibilidade para a construção de conhecimento e norteamento de ações nas complexas questões de saúde ao privilegiar elementos que transcendem a dualidade doença x saúde física. Desse modo, são orientadas as discussões dos resultados alcançados.

2 A RELAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RIMS)

A construção do novo projeto ético-político profissional e o conseqüente reconhecimento do Serviço Social inserido no bojo da produção e reprodução das relações sociais, tem permitido à categoria a autopercepção enquanto classe trabalhadora, resultante de um conjunto de determinantes macroeconômicos e sujeita a todas as transformações nos padrões de regulação capitalista. Da mesma forma, o compromisso firmado com os demais grupos sociais precarizados pela relação capital x trabalho, demarcou dentro da categoria o alinhamento aos trabalhadores operários e movimentos democráticos voltados à luta contra

a dominação (IAMAMOTO, 2000).

O contexto que justifica esse cenário envolve a eclosão de movimentos que buscaram a redemocratização do país na década de 1970. A organização social de grupos subalternizados imprimiu ao Serviço Social uma postura política perante aos acontecimentos, de modo que as principais causas-alvo das reivindicações estavam voltadas às linhas de ação dos assistentes sociais.

Perante a eclosão de movimentos contrários à Ditadura Militar, levantou-se o debate em torno da saúde. O percurso histórico das políticas de saúde no Brasil tem seu início na década de 1920, e surgem atreladas à perspectiva contributiva e seletiva, sendo destinada unicamente às pessoas que possuíam vínculo empregatício formal. A dualidade público x privado esteve presente em todos os momentos de evolução das ações de saúde, de modo que, na Ditadura Militar, observou-se a predominância de governos que privilegiaram o investimento público em instituições privadas de prestação de saúde.

A disseminação de pautas vinculadas à liberdade, à participação popular, e à necessidade de responsabilização estatal colaboraram na formação de movimentos que exigiam do Estado a formação de um modelo de prestação de saúde totalmente gratuito e que pudesse atender todos os brasileiros. Além disso, as reivindicações contestavam os serviços que se centralizavam em procedimentos curativos e individualizados. Sustentados nesses ideais, os movimentos pela Reforma Sanitária buscaram a reorientação do padrão de saúde que vinha sendo prestado pelo Estado.

Por trás do movimento, já havia a mobilização social por parte de estudiosos, trabalhadores da saúde e demais setores progressistas que ao longo dos anos já problematizavam as condições de saúde do país e os serviços incompatíveis que vinham sendo prestados. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi resultado desse processo de organização social, e mais do que formular um novo sistema de saúde, ampliou a concepção de análise dos serviços, apontando a necessidade de ações compatíveis com as pautas de saúde das mulheres, saúde mental, saúde do trabalhador e saúde indígena (CFESS, 2017).

Sendo assim, o SUS surge com um conceito ampliado de democratização, destinado a todos os brasileiros de forma gratuita, com primazia da responsabilidade estatal, e instituição da participação popular nos processos de gestão e avaliação dos serviços executados. A perspectiva igualitária atingida pela elaboração do sistema, converge com os novos princípios norteadores incorporados ao Serviço Social a partir do Movimento de Reconceituação, e proporciona à categoria o reconhecimento do SUS e a defesa por sua

efetivação na contemporaneidade.

O profissional do Serviço Social já possuía em seu percurso histórico a atuação dentro dos serviços de saúde que, da mesma forma que as ações em si, também foi sendo alterada conforme as etapas sócio-políticas do país e da profissão. As intervenções profissionais que surgem pautadas orientações de higiene, com a predominância dos “casos sociais”, e o uso do emblemático “livro preto” (SODRÉ, 2010). O SUS, considera que:

Art 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, ao tempo em que a profissão se renovou, as legislações de saúde, ao reconhecerem os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), pautaram aspectos que colocam ao Serviço Social focos de intervenção mais integralizados à realidade da saúde coletiva, e que têm impactado de forma direta as condições de manutenção, promoção e recuperação da saúde das classes subalternizadas.

O SUS segue evoluindo, no entanto, com fortes aspectos de precarização. O fato de o sistema ter sido instituído no momento de inserção do ideário neoliberal no país tem contribuído de forma determinante para que a saúde pública do Brasil ainda não tenha sido efetivada conforme prevê a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). A contrarreforma do Estado e o conseqüente subfinanciamento das políticas públicas de maneira geral, atenta contra as noções de universalidade da saúde do país e tem proporcionado o fornecimento de ações e serviços precários.

Conseqüentemente, este tem sido um cenário que impacta os trabalhadores da política de saúde, nestes incluso o profissional do Serviço Social. As tendências neoliberais apontam para a necessidade de se poupar investimento em mão-de-obra, ocasionando o aumento da exploração do trabalho também no contexto das políticas públicas, que passam a contar com um corpo profissional insuficiente, sobrecarregado e desvalorizado.

Apesar desse cenário, o Governo Federal, na figura de Luís Inácio Lula da Silva, instituiu o programa de Residência Multiprofissional em Saúde, regulamentado pela Lei nº 11.129 de 2005, e criada no intuito de especializar profissionais da saúde e prepará-los para atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De maneira geral, as categorias profissionais que ocupam as vagas disponibilizadas envolvem Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A

caracterização do programa aponta que:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Para tanto, cabe aos residentes aprovados nos processos seletivos o cumprimento de 5.760 horas distribuídas em obrigações teóricas e práticas, das quais 4.068 horas são destinadas ao Treinamento em Serviço (TS), configurado pelo desenvolvimento operacional das atividades profissionais que será acompanhado por um profissional contratado da casa, denominado de preceptor (a), e 1152 horas destinadas ao cumprimento de disciplinas teóricas. Ao fim, para obtenção do título de especialista, deve ser entregue um Trabalho de Conclusão de Curso.

Os dados do Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) apontam que existem no país 212 programas de Residência Multiprofissional em Saúde. No Maranhão, além do programa de residências disponibilizado pelos hospitais do estado, tem-se as residências oferecidas pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), correspondido por duas unidades hospitalares: Unidade Presidente Dutra e Unidade Materno Infantil. Estas, são responsáveis por oferecer as residências multiprofissionais destinadas à Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e à Atenção à Saúde da Criança e da Mulher, respectivamente.

As duas áreas oferecem especialidades que contam com vagas para profissionais do Serviço Social que desejem integrar a Residência Multiprofissional do HU-UFMA. No âmbito da Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso, o Serviço Social possui possibilidade de ingresso nos setores da Saúde Renal, Saúde Cardiovascular e Clínicas Médicas e Cirúrgicas. Já no que tange à Atenção à Saúde da Criança e da Mulher, as possibilidades de ingresso estão voltadas à Saúde da Criança e Saúde da Mulher.

No caso da Atenção à Saúde Renal, o residente em Serviço Social atuará em setores que compõem a Nefrologia do hospital, sendo eles: Centro de Prevenção de Doenças Renais (CPDR), Hemodiálise e Transplante Renal. Os usuários destes serviços são indivíduos que possuem, em algum grau, a Doença Renal Crônica. Em todos estes setores, desempenhará funções ao longo de 12 horas diárias, sob supervisão de preceptoras. Em outras palavras, o assistente social residente vivenciará os serviços e atendimentos desenvolvidos pelo Serviço Social dos setores elencados, e os principais processos de trabalho dos mesmos.

Além disso, a carga horária teórica envolve disciplinas voltadas a todas as

categorias profissionais que compõem a residência multiprofissional da instituição, disciplinas específicas ao Serviço Social e, no caso da área da Saúde Renal, ocorrem oficinas com temática da Nefrologia para todos os residentes da área. Este é um fator que proporciona ao assistente social a compreensão de aspectos clínicos da DRC que impactam o contexto social do paciente, da mesma forma em que se há a demarcação da atuação das demais categorias profissionais. Consequentemente, a inserção em equipe multiprofissional é facilitada, de modo que os outros profissionais residentes passam a compreender a dimensão de atuação do assistente social.

Os atendimentos protagonizados pelo assistente social residente terão uma base de intervenção, considerando o foco profissional nas expressões da questão social, no entanto, considerando as particularidades de cada setor e os pacientes que ele atende, o Serviço Social poderá desenvolver ações mais especializadas e compatíveis com as especificidades do serviço. Desse modo, tendo em vista que o CPDR é voltado ao atendimento de pacientes que ainda estão em estágio inicial da DRC, o tratamento médico será voltado para que a doença não evolua e surja a necessidade de inserção na Hemodiálise.

Este aspecto justifica o fato de os pacientes da unidade não estarem presentes de forma tão rotineira na instituição, principalmente quando comparado aos pacientes da Hemodiálise. Apesar de haver o acompanhamento social, este geralmente envolve aspectos relacionados ao transporte de pacientes do interior do estado para o Hospital, ou no caso de moradores da grande Ilha de São Luís, ao transporte interurbano local. Além disso, orientações e encaminhamentos relacionados aos benefícios assistenciais e previdenciários são recorrentes, de modo que o assistente social residente atua na perspectiva do fornecimento de informações enquanto metodologia de garantia de direitos.

A necessidade de viabilizar as condições de transporte de pacientes do interior para a unidade hospitalar, tem acarretado para que o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) seja uma das principais garantias com as quais se trabalha o Serviço Social do CPDR. Dessa forma, tem sido demanda frequente ao Serviço Social a elaboração de declarações e relatórios sociais que subsidiem a solicitação do TFD junto aos municípios maranhenses. Da mesma forma, tais declarações e relatórios são elaborados para solicitar a gratuidade no transporte interurbano.

A gratuidade em algumas modalidades de transporte é um direito concebido aos indivíduos que possuem DRC uma vez que os mesmos são considerados Pessoas Com Deficiência (PCD). Esta condição é justificativa para que muitos atendimentos também

sejam voltados à solicitação da Carteira de Gratuidade em Transportes Interestaduais. O atendimento envolve a necessidade de estudo socioeconômico familiar, uma vez que o direito é concebido apenas àqueles que possuem renda per capita de até um salário mínimo.

No que tange à atuação do Serviço Social do setor de Transplante Renal, atua-se em uma enfermaria composta por pacientes que realizaram transplante renal recentemente e estão em recuperação, e/ou pacientes que já são transplantados e apresentaram alguma intercorrência de saúde. Nesse sentido, o controle de quem são os usuários atendidos é mais fechado, e o acompanhamento sociofamiliar do assistente social é mais aproximado. Aos pacientes que realizaram o transplante renal e se internaram mediante o procedimento, cabe ao Serviço Social a aplicação de entrevista social e, mediante dados apresentados, realizar estudo socioeconômico a fim de identificar possíveis demandas e encaminhamentos que devam ser realizados.

No caso de pacientes que foram transplantados em momentos anteriores, e que se internaram devido intercorrências de saúde, entende-se que ele já possui dados sociais informados e, neste caso, o Serviço Social buscará atualizar suas informações socioeconômicas e identificar possíveis novas demandas. O fato de estarem internados, facilita o processo diário de escuta e visitas, que também funcionam como ferramentas de identificação de possíveis fragilidades nos Determinantes Sociais da Saúde.

Atendimentos voltados à isenção de passagens em transportes interurbanos ou interestaduais também são frequentes, assim como àqueles voltados à elaboração de relatórios sociais com vias à garantia do TFD, e orientações e encaminhamentos destinados à concessão de benefícios assistenciais ou previdenciários, com destaque para o Benefício de Prestação Continuada para Pessoas com Deficiência (BPC-PCD) e, no caso dos contribuintes da Previdência Social, auxílio doença.

Quando a discussão se refere à Hemodiálise, o atendimento do Serviço Social se torna mais complexo de modo que o tratamento contém particularidades e muitas interferências no contexto social dos pacientes. O fato de estarem periodicamente 3 vezes por semana no hospital impede os pacientes de seguirem com atividades laborais e, no caso de crianças, adolescentes, e jovens, é exigido a readequação da rotina de estudos.

Dessa forma, as demandas que compõem a centralidade do setor de Transplante Renal e do CPDR se apresentam também na Hemodiálise, mas esta envolve outras particularidades. Ao longo do processo de acompanhamento social, é comum surgirem atendimentos que demandam a atuação da Política de Assistência Social,

sobretudo relacionados à necessidade de inserção no programa Bolsa Família.

Significativa parcela dos pacientes da Hemodiálise do HU-UFMA ainda se encontra em idade escolar ou acadêmica, e o Serviço Social atua no sentido de minimizar os impactos sociais ocasionados pelo tratamento, ao tempo em que viabiliza a permanência desses usuários nas instituições de ensino. Nesse sentido, o Serviço Social da Hemodiálise atua no sentido de viabilizar a permanência de crianças e jovens na rotina escolar, e elabora encaminhamentos e relatórios sociais de modo a explicar às instituições de educação os horários e dias que os usuários devem estar em tratamento, de modo que as atividades escolares ou acadêmicas sejam adequadas aos mesmos. Além disso, é realizada articulação com equipe de enfermagem em casos que se exige a troca de turnos ou horários a fim de que os pacientes sigam frequentando as instituições de ensino.

Trata-se de um contexto complexo em que a intervenção profissional deve ser pautada nas necessidades de vida destes usuários. O processo de escuta, a fim da identificação de subjetividades, assim como a compreensão dos principais fatores sociais afetados a partir do tratamento, devem ser pilares em qualquer intervenção profissional, a fim de que a mesma faça sentido ao contexto dos pacientes. O assistente social residente que ingressa à unidade, levará tempo até conhecer as condições de todos os pacientes, mas a convivência e aproximação rotineiras permitirão a apreensão dos principais aspectos sociais e, mediante o acúmulo de informações, poderão elaborar, em conjunto com o preceptor, as melhores estratégias de intervenção profissional.

Nesse sentido, torna-se necessário discutir, no âmbito da Hemodiálise, os reflexos que o tratamento hemodialítico tem provocado no contexto social dos jovens, considerando estas informações enquanto centrais no processo de aprendizagem dos assistentes sociais residentes da Nefrologia do HU-UFMA, e indispensáveis na elaboração de ações interventivas eficazes.

3 IMPLICAÇÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NA VIDA DE JOVENS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

3.1 Família

De acordo com Braz (2008, p. 51) “a doença na vida cotidiana do paciente e família acontece como algo inusitado, rompendo com a rotina anterior desse grupo,

significando estabelecer dinâmicas e hábitos que possam atender às demandas consequentes do processo saúde-doença instalado”. Com isso, pode-se afirmar que não só o portador da doença, mas toda a família a qual pertence terá alterações em sua dinâmica, a partir de um diagnóstico inesperado. Considerando que “a família do portador de doença renal crônica, por sua vez, também sofre um impacto em sua organização e funções, pois passa a ter que adaptar a dinâmica familiar às necessidades e atividades relativas ao tratamento e familiar portador da doença” (SILVA, 2002 apud BRAZ, 2008, p. 53). A família, então, desempenha um papel importante junto ao portador de DRC, tornando-se um suporte essencial para o cuidado que se agrega ao da equipe profissional, considerando que “a família é entendida como um sistema de cuidado [...] tem papel de acompanhar e avaliar de forma constante a saúde e o processo de adoecimento dos familiares” (MORENO, 2008, p. 50). O cuidado da família vai desde a assistência no âmbito domiciliar com as precauções necessárias para ininterruptão da terapêutica, até o acompanhamento nas sessões de diálise, como informou uma das usuárias entrevistadas:

Quem mais vem pra hemodiálise é mamãe e meu namorado. Minha mãe trola, fica nervosa, mas faz uma força. Interferiu mais pra minha mãe do que pra mim. Porque minha mãe tem um salão. E ela não me deixa vir só pra diálise. Eu digo pra ela que não precisa, não vem. Mas ela quer vir (Pérola. Entrevistada realizada em Setembro/2017).

A entrevistada ressalta que a necessidade de estar realizando o tratamento na unidade de saúde impactou até mais para sua genitora, pois resultou em modificações na sua atividade profissional, bem como desencadeou consequências na esfera emocional. A demanda por atenção e cuidado imposta aos familiares dos portadores de DRC, torna-se evidente em outro posicionamento, a saber: “Os meus irmãos não tiveram tanto a presença dos meus pais porque eles sempre precisaram estar comigo” (Topázio. Entrevista realizada em setembro/2017).

Portanto, se compreende que “no tratamento em hemodiálise não só o paciente é abalado pela doença, mas também toda sua rede de relações, principalmente o ciclo familiar, que se esforça para se adaptar à situação” (GOMES, 2014, p. 14). A família representa, mesmo nas situações em que o cuidado fica centrado em apenas uma pessoa do grupo familiar, como importante suporte para adesão e continuidade da terapêutica, assim como fonte de apoio indispensável no cotidiano desses usuários.

3.2 Convívio social

Aponta-se que “o apoio social recebido de familiares e amigos se traduz em

qualidade do suporte emocional nas relações sociais e interfere na saúde das pessoas” (KIRCHNER et al., 2011, p. 420). Dessa maneira entende-se que o ciclo de amigos e as demais relações sociais estabelecidas pelo portador de DRC são de extrema relevância para o processo de fortalecimento de vínculos, que em conjunto com demais fatores, influenciam para um satisfatório desenvolvimento na realização da terapêutica. As relações estabelecidas na esfera social interferem no momento de enfrentamento e ressignificação do que seja o processo de adoecimento. Afinal, o fato de possuir amigos, ainda que sua vida passe por inúmeras transformações, é algo que suscita motivação, dentre outros sentimentos. Como afirma uma das entrevistadas:

Eu nem sabia que o povo gostava de mim. Muita gente foi me visitar, o povo do ensino médio, fundamental. Uma amiga até ficou de acompanhante. Eu não gosto de 'pena', e na faculdade eles me trataram normal, sem pena. E todo mundo pensava que desisti, eu não desisti (Pérola. Entrevista realizada em setembro/2017). Em convergência com esse posicionamento outro entrevistado elucidou que 'a Igreja toda já sabia. Quando saí do hospital os meus amigos já estavam me esperando em casa. Me senti querido' (Âmbar. Entrevista realizada em Setembro/2017).

A rede de cuidado e apoio ao portador de uma doença que imprime tantos desafios ultrapassa o cuidado hospitalar, abrange a todas as relações que este indivíduo estabelece. Dentre as diversas modificações o renal crônico readapta muitas vezes até a própria maneira de vestir-se, como explanou um dos usuários “até hoje, as pessoas perguntam muito sobre a fístula. Por isso eu uso muito camisa comprida, por que é chato, às vezes” (Topázio, entrevista realizada em Setembro/2017).

O fato de deparar-se com muitos questionamentos, e até mesmo a forma como estes são feitos, torna-se um incômodo, de acordo com uma das entrevistadas “Eu tenho ódio, raiva, quando as pessoas perguntam o que é a fístula, de forma não muito legal” (Pérola. Entrevista realizada em Setembro/2017) Sobre as alterações provocadas pela DRC e a relação com o fato de que a curiosidade da população possa levar a problemas no convívio social, Ramos et al. (2008 apud GOMES, 2014) afirma que:

A presença da fístula arteriovenosa ou de cateteres para a HD altera a imagem corporal, trazendo modificações no corpo que ocasionam curiosidade por parte da população, deste modo colaborando com a discriminação destes sujeitos. Tal fato, conseqüentemente, afeta a autoestima do paciente e a iniciativa para o relacionamento interpessoal.

Considerando que muitas são as alterações e limitações impostas pela terapêutica, tem-se outro campo da esfera social afetado, as atividades de lazer, sendo este considerado fator determinante e condicionante no processo saúde-doença, e, ainda “além do caráter não obrigatório e de livre escolha do indivíduo, o lazer propicia condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social” (ALVES, 2014, *on-line*).

No que tange às suas formas de divertirem-se alguns usuários declararam que precisaram modificar os espaços frequentados e atividades realizadas em virtude dos cuidados necessários para continuidade da terapêutica. Conforme o seguinte posicionamento:

Gostava muito de jogar bola e festa. Era festa, também, chegava em casa 4 ou 5 da manhã. Eu tocava numa banda, bateria. Tive que parar, porque não pode movimentar muito o braço, viajava muito, e tem que estar de repouso. Na festa com os amigos eu fumava, comia. Agora as coisas é totalmente diferente (Marfim. Entrevista realizada em Setembro/2017).

Em outro posicionamento observa-se a necessidade de readaptação, em virtude de alterações fisiológicas e indispensabilidade do cuidado, considerando que a usuária reiterou que “Gosto muito de sair pra comer. Tem que ficar lembrando do que eu posso comer. Do que eu não posso. Se eu tô comendo e peço um suco, outro não. Quando as taxas estão altas eu não saio pra comer fora” (Pérola. Entrevista realizada em Setembro/2017). Portanto, entende-se que há todo um processo de resignificação, de alterações e adaptabilidades, que influenciam no processo de construção e fortalecimentos de vínculos no meio social.

Uma demanda da terapêutica que, também, altera a dinâmica do usuário e compromete o acesso ao lazer é o fato de submeter-se à diálise três vezes por semana, durante quatro horas por dia, levando em ponderação que um dos usuários especificou: “gosto de sair com meus amigos da igreja. Com minha família. Mas já perdi muitas viagens da igreja, por não conseguir diálise extra” (Topázio. Entrevista realizada em Setembro/2017).

Logo, concebe-se que a utilização de medicamentos, a terapia dialítica, as alterações fisiológicas, entre outras questões afetam o convívio social do jovem com DRC, rotina que muitas vezes “acaba por retirar, de forma brusca, o paciente de seu convívio com outras pessoas, especialmente com seu grupo de amigos” (GOMES, 2014, p. 15). Reitera-se a indisponibilidade do fortalecimento da rede de vínculos familiares e de amizade, assim como a realização das atividades que garantam prazer e satisfação, considerando as limitações dos usuários, enquanto condições necessárias para evitar o isolamento social.

3.3 Educação/Profissionalização

O portador de DRC precisa realizar as sessões de tratamento dialítico, por três dias na semana, o que influencia para que o usuário se ausente do seu local de estudo e trabalho repetidamente por muito tempo, propiciando a interrupção das suas atividades.

A ininterrupção das atividades conseqüentemente torna-se um obstáculo para o

desenvolvimento e objetivos do paciente, de acordo com o seguinte posicionamento: “a hemodiálise me atrapalhou nos estudos. Por causa da diálise em me atrasei. A diálise empata muito pra mim ir pra faculdade, meu sonho. Igualmente na minha escola, eu falto muito, e já era pra mim ter terminado os estudos” (Ametista. Entrevista realizada em Setembro/2017). Este posicionamento determina o cuidado que a assistência precisa ter para não desconsiderar que a educação é um direito, e que as questões de natureza hospitalar não podem impedir o indivíduo de realizar ou continuar uma atividade que lhe é indispensável. Nessa perspectiva, Vieira e Lima (2002, p. 557) apontam que:

as preocupações com as questões orgânicas e com as hospitalizações assumem tal importância que os pais, muitas vezes, não encontram alternativas que permitam que a criança/adolescente frequente as aulas, resultando no abandono da escola. É fundamental que os pais compreendam a importância dos estudos para seus filhos e que o hospital faça parcerias com profissionais especializados, de modo a promover a continuidade da educação.

No que tange às dificuldades para continuidade do processo educacional outro paciente declarou que “Muita dificuldade. Eu ia pra aula num dia. Quando eu voltava. Já era outra coisa. Eu não conseguia acompanhar. Eu desisti mais por isso” (Topázio. Entrevista realizada em Setembro/2017). A desistência foi pensada devido à dificuldade de acompanhar o ritmo da escola, pois o paciente com DRC, também, sofre com inúmeras e, muitas vezes, longas internações. Esta, por sua vez, provoca uma ruptura com os colegas e professores, o que associado à perda das atividades torna-se um desafio para a retomada do cotidiano possuindo um desempenho satisfatório.

Devido ao tratamento o paciente precisa reconsiderar muitas das suas ocupações, além dos sonhos que possuía, se ainda cabem nas limitações que lhes são conferidas, conforme um dos pacientes entrevistados expressou:

Na verdade, antes de eu ficar doente, eu queria fazer topografia, vendi até minha moto, mas aí eu acabei, fiquei doente. Vendi a moto pra estudar fora, era o que eu queria. Eu acho que a diálise pode atrapalhar muito sim, na minha vida profissional, por causa do tempo, que tem que vir e do repouso (Marfim. Entrevista realizada em Setembro/2017).

Segundo Gomes (2014, p. 18), “a impossibilidade de trabalhar é vista como algo que intimida e marginaliza. O trabalho é uma das maneiras pela qual o ser humano se expressa, se identifica e se realiza no mundo”. Logo, temos um ciclo, jovens que não conseguem estudar, e na sua maioria não conseguem adentrar ao mercado de trabalho. Garantindo sua subsistência a partir do benefício assegurado pela legislação aos que possuem patologias incapacitantes para o trabalho. Além disto, ainda há os pacientes que passam muitas horas em viagem ou precisam mudar-se para residir na cidade em que o

tratamento é ofertado, o que conseqüentemente implica no desenvolvimento escolar.

Situação explicitada por uma paciente:

Fiz EJA, 6ª e 7ª série. Por que eu morava em Cajapió. E Tive que vir embora, por causa do tratamento. Aí perdi. Agora quando eu interno os professores me dão as atividades do que eu perdi. Eles me dão pesquisa e trabalho (Turmalina. Entrevista realizada em Setembro/2017).

Portanto, considera-se que as hospitalizações recorrentes, as sessões de hemodiálise, dentre outros fatores presentes na rotina do paciente com DRC, são refletidos em seu modo de viver, pois impacta no papel social e ocupacional, bem como exige capacidade de adaptabilidade, a uma dinâmica, muitas vezes, até então desconhecida. As alterações permeiam o modo de viver, mas também de se auto perceber e de perceber o mundo. As ressignificações tornam-se necessárias para garantir a vida com todos os desafios de um diagnóstico tão impactante.

4 CONCLUSÃO

Apesar do SUS reconhecer os DSS, não há por parte do sistema nenhuma determinação de serviço ou política voltada a estes aspectos em específico, de modo que são designadas às instituições de saúde apenas o fornecimento dos tratamentos. Todas as implicações decorrentes dos mesmos não possuem, por parte da Política Pública de Saúde do país, a determinação de intervenções capazes de reparar os impactos sociais provocados pela Hemodiálise. Em meio a essas lacunas, o assistente social se depara com um vasto conjunto de problemáticas sociais que, conforme apontado na pesquisa, envolvem família, convívio social, e o processo de educação/profissionalização.

Em um ambiente hospitalar, o assistente social será o profissional responsável por lidar com estes fatores e, para tanto, necessitará se aprofundar sobre variados aspectos dos contextos socioeconômicos dos pacientes. A residência em Serviço Social no âmbito da Nefrologia do HU-UFMA tem sido uma ferramenta responsável por permitir ao profissional residente a vivência rotineira das particularidades que permeiam a interface entre tratamento hemodialítico e inserção sociofamiliar dos pacientes jovens. O cumprimento da carga-horária de Treinamento em Serviço (TS) proporciona a aproximação com as diferentes realidades sociais dos usuários, acentuando o acúmulo de conhecimento ao tempo em que

se aprimora os processos de intervenção social.

De maneira geral, entende-se que a grade curricular da graduação em Serviço Social – bacharelado é generalista (ABEPSS, 1999), e que a atuação do Serviço Social no tratamento de Hemodiálise exige inúmeros conhecimentos específicos ao tratamento que são determinantes para se pautar as ações profissionais. Nesse sentido, a carga-horária teórica da residência possibilita ao assistente social a aproximação com o universo da saúde, fato que viabiliza a comunicação com os demais integrantes da equipe multiprofissional e a elaboração de processos de trabalho compatíveis com as rotinas e necessidades de saúde dos pacientes.

Sendo assim, considera-se que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA tem formado assistentes sociais especialistas em Atenção à Saúde Renal com a adequada compreensão dos aspectos de vida de pacientes hemodialíticos, uma vez que os profissionais são colocados em um contexto intenso de atendimentos diários mediante aproximação aprofundada com os pacientes. O quantitativo da carga-horária prática tem proporcionado o acompanhamento social efetivo, de modo que o assistente social residente terá condições de aprofundar o nível de conhecimento e estabelecer análises sociais tais como a que foi apresentada.

REFERÊNCIAS

ALVES, U. Lazer e Saúde: discussões sob a ótica da Educação Física. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, ano 18, n. 189, fev. 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd189/lazer-e-saude-sob-a-educacao-fisica.htm>. Acesso em: 20 nov. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Curriculares**. Brasília: 1999. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311140412406970.pdf. Acesso em 19 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília: 2005.

BRAZ, F. **Aspectos sociais da Doença Renal Crônica**: Dimensões de análise e desafios para o Serviço Social. 2008. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119663/285355.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas**. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em Saúde e Serviço Social**: Subsídios para reflexão. Brasília: CFESS, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

CORDEIRO, J. et al. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: Avaliação do portador de insuficiência renal crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p. 785-793, 2009. Disponível em: https://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a03.pdf. Acesso em: 27 mai. 2020.

GOMES, A. **Implicações sociais da hemodiálise na vida dos portadores de Doença Renal Crônica**. 2014. TCC (Especialização) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

KIRCHNER, R. M. et al. Análise do estilo de vida de renais crônicos em hemodiálise. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2011. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/07AnalisedoEstilodevida.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORENO, V. Famílias de pacientes em hemodiálise: Convivendo com a condição crônica de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 4, p. 49-56, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13461>. Acesso em: 12 jun. 2020.

REIS, C.; GUIRADELLO, E.; CAMPOS, C. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 336-41, mai./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a10v61n3.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: Para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000300004>. Acesso em: 19 jul. 2020.

VIEIRA, M.; LIMA, R. Crianças e adolescentes com Doença Crônica: Convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 552-560, jul. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000400013>. Acesso em: 12 jun. 2020.

,