

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DE EDUCADORES EM SAÚDE

REGIANE CONCEIÇÃO DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR PACIENTES QUE UTILIZAM O  
TRANSPORTE EM SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE NO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE

2019

REGIANE CONCEIÇÃO DIAS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR PACIENTES QUE UTILIZAM O  
TRANSPORTE EM SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE NO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde – CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Dra. Salete Maria de Fátima Siqueira Müller

BELO HORIZONTE

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

DIAS, REGIANE CONCEIÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR PACIENTES QUE UTILIZAM O TRANSPORTE EM SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS. [manuscrito]  
/REGIANE CONCEIÇÃO DIAS - 2019.

41 p.

Orientador: Salete Maria de Fátima Silqueira Müller.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação de Educadores em Saúde.

1. Hemodiálise. 2. Paciente Renal Crônico. 3. Doença Renal Crônica. 4. Serviço de Transporte em Saúde. I. Müller, Salete Maria de Fátima Silqueira. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Regiane Conceição Dias

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUXILIAR PACIENTES QUE UTILIZAM O  
TRANSPORTE EM SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE HEMODIÁLISE NO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - CEFES, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª. Dr.ª. Salete Maria de Fátima Silqueira Müller (Orientadora)



Prof.ª. Dr.ª. Eliana Aparecida Villa

Data de aprovação: **14/12/2019**

## RESUMO

A doença renal crônica caracteriza-se pela perda progressiva e irreversível da função renal. Compreende-se que essa patologia gera consequências clínicas, metabólicas e bioquímicas responsáveis direta ou indiretamente pelas altas taxas de hospitalizações, morbidade e mortalidade. Ao longo do tratamento, alguns pacientes renais crônicos têm seu quadro de saúde fragilizado, sendo encaminhados para a Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise. Para a manutenção do tratamento, alguns pacientes necessitam acessar o Serviço de Transporte em Saúde devido comprometimento da deambulação. Diante do problema apresentado, vê-se a importância de se trabalhar com os responsáveis ou familiares sobre o acompanhamento e suporte necessário a esses pacientes, a fim de minimizar a baixa adesão e/ou abandono do tratamento. Assim, o objetivo deste projeto é melhorar o transporte desses pacientes, por meio de ações educativas voltadas para os responsáveis e familiares, de modo a ampliar a informação e responsabilização destes nesse processo. Na proposta educativa será utilizada metodologia dialógica e interativa, o que permitirá trabalhar os conteúdos de forma reflexiva, buscando a identificação, o conhecimento e a apropriação dos conteúdos abordados. Como resultado busca-se promover uma formação aberta, autônoma e ética, que auxilie esses familiares ou responsáveis no confronto com problemas cotidianos, diminuindo a desinformação ou insuficiência de informação que gera a baixa adesão, culminando em evasões recorrentes. Espera-se, assim, diminuir o abandono ao tratamento dos pacientes com doença renal crônica, levados aos serviços de hemodiálise pelo Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte, MG.

**Palavras-chave:** Hemodiálise; Paciente Renal Crônico; Doença Renal Crônica; Serviço de Transporte em Saúde.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	7
1.1 Diagnóstico Situacional .....	7
1.2 Problematização .....	10
2 JUSTIFICATIVA .....	11
3 OBJETIVOS .....	12
3.1 Objetivo Geral .....	12
3.2 Objetivos Específicos .....	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
4.1 CONCEITUANDO DOENÇA RENAL CRÔNICA .....	13
4.1.2 Função Renal .....	13
4.1.3 Insuficiências Renais .....	14
4.1.4 Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise .....	15
4.2 Paciente em terapia renal substitutiva- hemodiálise e o serviço de transporte em saúde .....	16
4.2.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU .....	16
4.2.2 Transporte em Saúde e o Serviço de Transporte em Saúde .....	17
4.2.3. Serviço Social e o Paciente em Hemodiálise .....	20
5 METODOLOGIA/PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	25
5.1 População Alvo .....	25
5.2 Plano de Ação .....	25
5.3 Recursos humanos e materiais .....	27
5.4 Orçamento .....	27
5.5 Cronograma das atividades .....	27
5.6 Plano educativo das atividades a serem desenvolvidas .....	28
5.7 Avaliação e acompanhamento da proposta .....	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
REFERÊNCIAS .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Diagnóstico Situacional

Ao cursar o Módulo “Investigando Questões de Educação na Área da Saúde”, do Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde (CEFES), tive a oportunidade de identificar o diagnóstico situacional do Setor de Serviço Social, vinculado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), responsável pelo Serviço de Transporte em Saúde (STS). O STS faz o transporte de pacientes para a realização de tratamentos como reabilitação, oncologia e hemodiálise, com acompanhamento familiar ou de responsável. Tanto o SAMU quanto o Serviço de Transporte em Saúde estão vinculados à Gerência de Urgência e Emergência (GEURE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). As unidades de funcionamento do Transporte em Saúde e do SAMU estão situadas no mesmo espaço físico, localizadas em Belo Horizonte, MG.

O SAMU é um serviço pré-hospitalar móvel que tem por objetivo chegar à vítima após ocorrência de agravos à sua saúde – seja de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, cirúrgica e ginecológica – mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada. O serviço é solicitado gratuitamente pelo número "192" e acionado por uma central de atendimento telefônico e regulação médica que atende a Belo Horizonte e aos Municípios de Caeté, Mariana, Nova Lima, Ouro Preto, Ribeirão das Neves e Santa Luzia (BELO HORIZONTE, 2018).

O Serviço de Transporte em Saúde tem como atribuições, a realização do transporte de pacientes que exijam cuidados especializados, bem como, o transporte de usuários entre os serviços de saúde, além de operacionalizar junto à Rede de Atenção Primária e Especializada os fluxos e protocolos para referência e contrarreferências e, ainda, controlar a agenda e a capacidade de atendimento viabilizando os resultados assistenciais propostos (BELO HORIZONTE, 2017).

Os pacientes agudos são transportados entre as unidades de saúde dentro do município. Os pacientes crônicos que não têm condições de utilizar o transporte coletivo, nem particular e que demandam cuidados especializados para deslocarem-se de seus domicílios até os serviços de saúde, são transportados para a realização de consultas, exames e outros procedimentos terapêuticos. Dentre esses procedimentos terapêuticos, neste estudo, vamos nos ater aos usuários que realizam a Terapia Renal Substitutiva (TRS) – Hemodiálise (HD).

Os pacientes atendidos no STS que realizam hemodiálise, além de apresentarem Insuficiência Renal Crônica (IRC), ou seja, a perda progressiva ou irreversível da função renal, também apresentam dificuldades de deslocamento devido fragilização do quadro de saúde – comprometimento, perda parcial ou total da deambulação dentre outras comorbidades como, por exemplo, limitações graves da visão, pneumopatias e cardiomiopatias limitantes, vasculopatia periférica grave, desautonomias, doenças neuropsiquiátricas e deficiências físicas como a paraplegia, amputações de membros maiores e sequelas traumáticas.

A IRC gera consequências clínicas, metabólicas e bioquímicas responsáveis direta ou indiretamente pelas altas taxas de hospitalizações, morbidades e mortalidades em todo o país (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Assim como outras patologias, causa prejuízos importantes, “pois naturalmente, há um afastamento do paciente de seu grupo social, do seu lazer, do trabalho e às vezes da própria família, devido ao tratamento necessário para a manutenção da vida.” (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 63). Dentre esses prejuízos está a diminuição da qualidade de vida e o impacto financeiro ocasionado pelo tratamento.

Ao longo do tratamento, uma parte considerável dos pacientes que realizam HD tem seu quadro de saúde fragilizado impossibilitando-os de ir por meios próprios ou por transporte coletivo. Nem sempre o paciente deixa de utilizar o transporte coletivo ou particular por questões financeiras, mas devido aos agravos de saúde apresentados durante o tratamento. Alguns dos pacientes encaminhados para o STS são beneficiários do Passe Livre – seja por idade (65 anos ou mais) ou por concessão do benefício solicitado pelo Serviço Social da clínica. Estes, na maioria das vezes, não apresentam mais condições clínicas para deslocarem por meios próprios fazendo com que solicitem avaliação do Serviço Social do SAMU para inclusão do paciente no STS do Município.

Tal solicitação é feita pelo Serviço Social da Clínica de Hemodiálise a fim de garantir a manutenção do tratamento para o Paciente Renal Crônico (PRC) e minimização das hospitalizações, morbidades e taxas de mortalidade desse público, possibilitando que esses usuários transitem entre os serviços de saúde de acordo com suas necessidades (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010).

Para que isso aconteça, a atuação do Assistente Social do SAMU está voltada à avaliação social dos usuários e o acompanhamento das eventuais intercorrências relativas aos pacientes inclusos neste serviço (BELO HORIZONTE, 2009). É comum nessas avaliações, ser analisada a demanda do acompanhamento de uma terceira pessoa para auxiliar o PRC durante o trajeto até a clínica, uma vez que o paciente já não consegue entrar e sair de veículos, ou mesmo a livre deambulação, sem apoio de um terceiro. Essas pessoas são



chamadas de “acompanhantes”, elas podem ser familiares, responsáveis legais, amigos ou pessoas contratadas para esse fim, precisam ter idade mínima de 18 anos e disponibilidade para acompanhar o paciente dentro dos veículos do STS, tanto na ida quanto na volta do tratamento.

Essa é uma condição da norma que rege o STS, pois o paciente que, na avaliação social apresentar demanda de acompanhante, só poderá fazer uso do serviço mediante o acompanhante individual. Caso ocorra, eventualmente, do paciente estar desacompanhado sem uma justificativa aceitável pela norma (doença, consulta, exames ou perícias) o paciente terá que ir por meios próprios ao tratamento naquele dia ou período, até que regularize a situação do acompanhante, daí a dependência deste para a continuidade do tratamento do paciente.

Entretanto, observa-se com frequência que muitos acompanhantes não conseguem se organizar para dar esse suporte ao paciente por um tempo prolongado, devido à organização da vida pessoal, social e familiar, principalmente quando esse acompanhante faz parte do grupo familiar, uma vez que esse acompanhamento gera efeito negativo na renda da família devido o acompanhante não poder trabalhar nos dias da hemodiálise (MARTINEZ *et al.*, 2015).

Essa realidade tem impactado de forma negativa no processo saúde-doença do PRC resultando em evasões recorrentes, baixa adesão ou abandono do tratamento e, algumas vezes, em óbito: “Destaca-se uma possível relação entre os óbitos e a baixa adesão ao tratamento evidenciada pelas causas dos óbitos e pelo considerável número de faltas em hemodiálise” (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 416). A partir dessa reflexão, compreende-se a importância do suporte social para uma maior e melhor adesão do PRC ao tratamento, a fim de garantir a manutenção do seu bem estar físico e emocional.

Oliveira *et al.* (2016) aponta ainda em seus estudos, que o apoio oferecido também pela equipe de saúde é destacado como um recurso essencial na aceitação da doença e do tratamento por parte dos pacientes. Entretanto, os autores seguem afirmando que esse suporte social, em sua maioria, é fornecido pela família que diretamente é afetada pelo processo de adoecimento do paciente. Contudo, os autores trazem uma reflexão pertinente em relação a esse apoio, pois, apesar da importância do apoio familiar ser essencial e positivo, se ele for ausente ou em demasia (controle excessivo), isso pode representar um fator não benéfico para o paciente.

Portanto, para que esses extremos não prejudiquem o tratamento do PRC, os autores destacam a importância da inclusão familiar a partir do incentivo à participação e da orientação adequada em relação ao processo de tratamento dos pacientes. “Quando a família está bem informada, tem maiores condições de participar do tratamento e agir de forma articulada com a equipe de saúde.” (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 417).

## 1.2 Problematização

A partir da experiência profissional como Assistente Social no atendimento e acompanhamento de pacientes renais crônicos que utilizam o STS para a realização de hemodiálise, diariamente atendemos demandas trazidas ao Setor de Serviço Social pelos técnicos de enfermagem, motoristas e assistentes sociais das clínicas em relação às consequências causadas aos pacientes devido à ausência, falta ou descompromisso dos acompanhantes. Essa problemática gera outras questões como, por exemplo, conflitos familiares, conflitos com outros usuários e com a própria rede de atenção a saúde.

Na abordagem familiar, que se segue após registro das reclamações, percebemos através dos relatos, comportamentos e ações que esses familiares, responsáveis e/ou acompanhantes não se comprometem eficazmente com o tratamento do paciente por diversos fatores, dentre eles está à insuficiência de informação ou até mesmo a desinformação em relação ao tratamento, as normas que regem o Serviço de Transporte em Saúde e ao papel da família ou responsável no cuidado com esses pacientes.

O que temos visto como resultado, é uma baixa adesão ao tratamento com evasões recorrentes nas sessões de hemodiálise culminando muitas vezes no abandono do tratamento. Esses fatores tem causado agravos importantes no quadro clínico como, por exemplo, hospitalizações prolongadas, uso intenso de antibióticos e outros fármacos invasivos e até mesmo óbito, “as hospitalizações, além de aumentar os riscos de morbidade e mortalidade, podem agravar dificuldades emocionais e sociais” impactando direta ou indiretamente na vida do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 412).

Assim, o problema priorizado para a elaboração do projeto de intervenção foi o da desinformação ou insuficiência de informações fornecida a esses responsáveis ou familiares em relação à hemodiálise, as normas que regem o Serviço de Transporte em Saúde e o papel desses acompanhantes no cuidado com os pacientes em TRS - HD no Município de Belo Horizonte, MG.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Diante dessa realidade tão significativa na qual o Paciente Renal Crônico, ao longo do tratamento, tem seu quadro de saúde fragilizado necessitando acessar o Serviço de Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte, vê-se a importância de trabalhar com os responsáveis ou familiares sobre o acompanhamento e suporte que se fazem necessários a fim de minimizar a baixa adesão que provoca evasões recorrentes nas sessões de hemodiálise, diminuindo conseqüentemente o abandono do tratamento.

Diante do problema apresentado, vislumbrei a possibilidade de propor um projeto de intervenção no qual seja trabalhado a melhoria da informação e responsabilização de cuidadores, responsáveis e familiares de Pacientes Renais Crônicos que realizam hemodiálise três vezes por semana e que necessitam de usufruir do Serviço de Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte, MG.

Espera-se desse modo que, por meio de uma maior conscientização do acompanhante, o paciente seja o maior beneficiado, mantendo seu tratamento da forma adequada à sua recuperação.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral:**

Elaborar um projeto de intervenção que visa diminuir a desinformação ou insuficiência de informação que gera baixa adesão, evasão e/ou abandono ao tratamento de pacientes com doença renal crônica, levados aos serviços de hemodiálise pelo Serviço de Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte – MG.

#### **3.1.2 Objetivos específicos:**

- Identificar fatores que dificultam o acompanhamento de familiares ou responsáveis dos pacientes em HD e que utilizam o Transporte em Saúde no Município de Belo Horizonte, MG;
- Refletir sobre melhorias na adesão ao tratamento de hemodiálise de pacientes e acompanhantes;
- Promover ações educativas com familiares, responsáveis e/ou acompanhantes a fim de garantir informações necessárias sobre o tratamento de hemodiálise, normas que regem o Serviço de Transporte em Saúde e a responsabilização de cada um desses sujeitos diante do tratamento;
- Avaliar, em conjunto com os familiares, responsáveis e/ou acompanhantes, medidas que minimizem os impactos financeiros e/ou temporais que prejudicam no desempenho das outras atividades da vida diária desses sujeitos tais como trabalho, estudo, descanso e lazer.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 Conceituando doença renal crônica**

#### **4.1.2 Função Renal**

Os rins têm múltiplas funções: excreção de produtos finais do metabolismo, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrólítico, controle do metabolismo ácido-básico. Dentro dessas múltiplas funções a principal é a manutenção da homeostase que tem por finalidade o equilíbrio ajustado continuamente por mecanismos interrelacionais para se manter uma condição estável de saúde. “Os rins têm a capacidade de regular a quantidade de água e minerais dentro do nosso corpo, assim como remover resíduos metabólicos e controlar a acidez para manter nosso organismo em equilíbrio” (PECOITS e RIBEIRO, 2014, p. 21).

Se a função renal ficar comprometida, o organismo começa a acumular líquidos que estão em excesso e deveriam ser removidos. A não remoção desses líquidos causa danos ao organismo como, por exemplo, edemas que por consequência aumentam a pressão arterial e podem acarretar dificuldades na respiração quando esses líquidos se acumulam nos pulmões. Outros sérios prejuízos podem ser causados devido o acúmulo de potássio no sangue. As altas taxas desse elemento químico no sangue levam a arritmias cardíacas que podem ser fatais. Já os altos níveis de cálcio e fósforo levam a alterações ósseas, calcificações na circulação e prurido intenso. “Os produtos que surgem ao fim do metabolismo celular (ureia, amônia, ácido úrico, uratos, creatinina, etc.) têm de ser descartados, pois são tóxicos ao organismo. A falta de capacidade dos rins em excretar ácidos causa acidez no sangue e pode levar à morte” (PECOITS e RIBEIRO, 2014, p. 22). O acúmulo desses metabólitos produz sintomas como náuseas, mal-estar, perda do apetite, dificuldades de coagulação, sonolência e pode levar ao coma. Em paralelo com a perda da função excretora associa-se a diminuição de todas as outras funções renais (PECOITS e RIBEIRO, 2014).

Para medir a função renal excretora utiliza-se da Taxa de Filtração Glomerular (TFG). Para o cálculo desta taxa, são necessários os seguintes dados: sexo, raça, idade e resultado do exame de sangue (creatinina). O cálculo da TFG deve ser feito para todos os pacientes sob o risco de desenvolver Doença Renal Crônica que, por sua vez, é caracterizada pela perda contínua da função renal. Esse processo patológico conhecido como progressão pode levar muitos desses pacientes para a DRC terminal (DRCT).

### 4.1.3 Insuficiências Renais

Sendo DRC a perda progressiva e irreversível da função renal, compreende-se que essa patologia gera consequências clínicas, metabólicas e bioquímicas responsáveis direta ou indiretamente pelas altas taxas de hospitalizações, morbidades e mortalidades (OLIVEIRA *et al.*, 2016). As ações desenvolvidas para o tratamento da Doença Renal Crônica (DRC) geram custos econômicos elevados tanto para os serviços (públicos e particulares) de saúde, quanto para o próprio paciente e seu grupo familiar.

O Censo de 2010 desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apresenta uma população de 190,73 milhões (IBGE) de pessoas, estima-se que aproximadamente 1,4 milhões desses indivíduos apresentam problemas renais, porém 70% destes não tem consciência disso. Neste período, cerca de 100 mil pacientes estavam em diálise em todo o país e 35 mil foram transplantados renais com enxerto funcionante. “Este número deve dobrar nos próximos 10 anos e podem prejudicar os orçamentos destinados à Saúde Pública em países desenvolvidos.” (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 63).

**Quadro 1: Número de unidades renais cadastradas e pacientes por região em 2010 no Brasil**

Região	População (milhões)	Unidades cadastradas ativas	Unidades que responderam	Total de Pacientes
Sul	27,38	139	76	7.678
Sudeste	80,35	306	177	27.268
Centro Oeste	14,05	60	24	2.814
Nordeste	53,08	106	51	9.446
Norte	15,87	27	12	1.871
<b>Total</b>	<b>190,73</b>	<b>638</b>	<b>340 / 638 (53,3%)</b>	<b>49.077</b>

Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia - Censo 2010.

É válido destacar que apenas 53,3% das unidades renais cadastradas responderam ao questionário. Portanto, os outros aproximados 50.000 pacientes em diálise no país não

apareceram no Censo apresentado pela SBN em 2010. Constata-se também que a Região Sudeste concentra um maior número clínicas cadastradas e pacientes em diálise no país.

#### 4.1.4 Terapia Renal Substitutiva – Hemodiálise

A diálise tem por função substituir parte das funções renais quando os rins param de funcionar. É um termo genérico usado para definir o processo de filtração do sangue (PECOITS e RIBEIRO, 2014). Quando o resultado da TFG apresenta índices abaixo de 15-10% é necessária uma terapia renal substitutiva. “Pacientes que evoluem para DRCT necessitam de algum tipo de terapia renal substitutiva (TRS), sendo as modalidades disponíveis: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal.” (BRASIL, 2014b). O Plano de Intervenção aqui proposto fará um recorte da TRS – hemodiálise (HD).

Assim como a diálise peritoneal (quando o sangue é filtrado dentro do próprio corpo do paciente através de um “filtro” natural do organismo chamado de peritônio – membrana que recobre os órgãos abdominais e a parede abdominal), a hemodiálise apresenta eficácia semelhante no PRC. Diferente da diálise peritoneal, na hemodiálise,

[...] o sangue do paciente é retirado do corpo e passado por uma máquina que filtra esse sangue. A máquina de diálise bombeia o sangue através de linhas até o filtro. O filtro da hemodiálise é o dialisador. O dialisador é composto de dois compartimentos separados por uma membrana semipermeável. Em um compartimento, flui o sangue e em outro flui o dialisato, que é a solução de diálise + água tratada purificada. Portanto, o sangue do paciente é retirado, filtrado fora do corpo e depois devolvido para o paciente (PECOITS e RIBEIRO, 2014, p. 31).

Para que a hemodiálise aconteça, é necessário realizar um procedimento cirúrgico para viabilizar um acesso vascular sendo o mais indicado a fístula arteriovenosa (FAV). Entretanto, como a fístula não pode ser utilizada nos primeiros 40 dias de tratamento para que ela possa maturar, muitos pacientes iniciam a HD através de um cateter venoso central. Os cateteres possuem duas vias de acesso na quais o sangue é retirado por uma e devolvido na outra. “Costumam ser inseridos em uma veia calibrosa do pescoço (veia jugular interna) ou dentro de uma veia que fica abaixo da clavícula (veia subclávia). Há também a possibilidade de implante dos cateteres na veia femoral.” (PECOITS e RIBEIRO, 2014, p. 32). Porém o uso de cateteres geralmente é temporário, uma vez que é grande o risco de infecções por esse tipo de acesso.

O tratamento de HD é realizado três vezes por semana com duração de até 4 horas. Os locais mais comuns são hospitais ou clínicas de hemodiálise. O paciente fica ligado a uma máquina que contém um dialisador (cilindro com dois compartimentos) pelo qual o sangue

flui de um lado e do outro flui o dialisato. “Esses dois compartimentos estão separados por uma membrana semipermeável, é possível que a água e pequenas partículas atravessem a membrana. Assim, ocorrem as “trocas” entre eles através da membrana semipermeável artificial (PECOITS e RIBEIRO, 2014, p. 33). A diferença em relação à diálise peritoneal é que o processo da HD acontece fora do corpo do paciente. Devido a semelhança entre esses procedimentos, a HD só é contra-indicada em pacientes com quadro psiquiátrico grave, instabilidade hemodinâmica, síndrome coronariana sintomática, pessoas com próteses valvares ou quando ocorre a falência de acesso vascular (PECOITS e RIBEIRO, 2014).

## **4.2 Paciente em terapia renal substitutiva- hemodiálise e o serviço de transporte em saúde**

### **4.2.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**

O SAMU é um serviço pré-hospitalar móvel que tem por objetivo chegar à vítima após ocorrência de agravos à sua saúde – seja de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, cirúrgica e ginecológica – mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada. O serviço é solicitado gratuitamente pelo número "192" e acionado por uma central de atendimento telefônico e regulação médica que atende a Belo Horizonte e aos Municípios de Caeté, Mariana, Nova Lima, Ouro Preto, Ribeirão das Neves e Santa Luzia (BELO HORIZONTE, 2018).

Em 2018, a PBH apresentou em seu relatório anual uma frota de 22 Unidades de Suporte Básico (USB), destinadas a atender demandas que apresentaram menor complexidade. Já as Unidades de Suporte Avançado (USA), foram destinadas a atender demandas de maior complexidade, totalizando 6 ambulâncias. O SAMU também contou com o auxílio de 1 Unidade de Suporte Aéreo (BOA). Em relação ao ano de 2017, o relatório anual de 2018 apontou uma diminuição de 20,6% no número de atendimentos telefônicos recebidos pela Central de Regulação do SAMU (BELO HORIZONTE, 2018). Em contrapartida, houve um aumento de 1,8% nos atendimentos realizados com deslocamento de ambulâncias. A explicação dada no relatório anual é de que as ocorrências registradas no SAMU apresentam diversas fontes e desfechos, tais como “trotes; chamadas que resultaram em demanda não médica; chamadas que resultaram em orientação médica sem envio de ambulância; e chamadas que resultaram no envio da ambulância.” (BELO HORIZONTE, 2018, p. 124).



Esse atendimento contribuiu com a redução de óbitos, sequelas decorrentes da demora no atendimento e o tempo das internações hospitalares.

Foi reativado em 2017 o Projeto “SAMUZINHO” também conhecido como “SAMU na escola” no qual “médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, condutores e técnicos auxiliares de regulação médica, de forma voluntária, repassam informações sobre primeiros socorros, importância do SAMU e a forma correta de acionar o serviço” (BELO HORIZONTE, 2018, p. 124), principalmente no que diz respeito aos trotes. Além dos alunos entre 7 e 12 anos, o público alvo também são os professores e funcionários de escolas públicas e privadas. Na sede do SAMU acontece uma visita a central de regulação com o intuito de conhecer o serviço na prática, nesse dia além das crianças e professores conhecerem todo o espaço físico, eles também conhecem o funcionamento dos veículos, trocam experiência com os profissionais de plantão e recebem lanche gratuito no local. Em 2018 o Projeto SAMUZINHO atendeu um público de 500 pessoas (BELO HORIZONTE, 2018).

#### **4.2.2 Transporte em Saúde e o Serviço de Transporte em Saúde**

O Transporte em Saúde, também conhecido como Transporte Sanitário (TS) Público do Município de Belo Horizonte, iniciou suas atividades de forma terceirizada em 1994, seu controle e regulação foram feitos à distância até o ano de 2003, quando em maio deste mesmo ano, por determinação do Ministério Público (MP), a Coordenação de Urgência da SMSA assumiu o transporte dos pacientes de hemodiálise que, até então, era realizado pela Secretaria Estadual de Saúde. (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010).

Em julho do mesmo ano, o Transporte em Saúde teve sua regulação e área física unificada ao SAMU. Prestava apoio ao SAMU em casos de menor complexidade, além de dar cobertura e suporte a eventos públicos da cidade de Belo Horizonte que apresentavam riscos de ocorrência de acidentes ou urgências de acordo com norma pública estabelecida. Tais serviços foram reestruturados com base na Política Nacional de Atenção às Urgências, de acordo com as Portarias nº 2.048, de 5 de novembro 2002, nº 1.863 e nº 1.864, de 29 de setembro de 2003, que estabelecem, dentre outros aspectos, a normatização do SAMU. (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010). A Política Nacional de Atenção às Urgências considerou as necessidades de atendimento às urgências como competências a serem realizadas desde a atenção básica. Desta forma, em comunhão com a proposta da SMSA de “qualificar os atendimentos das solicitações de movimentação de usuários entre os serviços de saúde de acordo com suas necessidades”, o Transporte em Saúde teve sua reestruturação realizada e

tornou-se parte integrante do SAMU. “Assim, foram estabelecidos protocolos para as situações de urgência, casos eletivos e sociais, além de critérios pactuados com a rede municipal de saúde.” (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010, p. 182).

Em 09 de novembro de 2017, o Decreto nº 16.767, em seu artigo 41, afirma que o Transporte em Saúde é uma unidade vinculada a Gerência de Urgência e Emergência (GEURE), realiza o Serviço de Transporte em Saúde com atribuições de fornecer transporte a pacientes que exijam cuidados especializados, bem como o transporte de usuários entre os serviços de saúde, além de operacionalizar junto à rede de atenção primária e especializada os fluxos e protocolos para referência e contrarreferências e controlar a agenda e a capacidade de atendimento viabilizando os resultados assistenciais propostos (BELO HORIZONTE, 2017). Os pacientes agudos são transportados entre as unidades de saúde dentro do município. Os pacientes crônicos que não tem condições de utilizar o transporte coletivo nem particular e que demandam cuidados especializados para deslocarem-se de seus domicílios até os serviços de saúde são transportados para a realização de consultas, exames e outros procedimentos terapêuticos.

O Transporte em Saúde realiza atendimento através de uma central telefônica e presta assistência às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Referências Secundárias e Centros de Saúde coordenados pelas nove diretorias regionais de Saúde que compõem a rede de saúde da SMSA, incluindo unidades prestadoras do SUS-BH (BELO HORIZONTE, 2018).

**Figura1. Distritos da cidade de Belo Horizonte**



Fonte: GEURE/SMSA

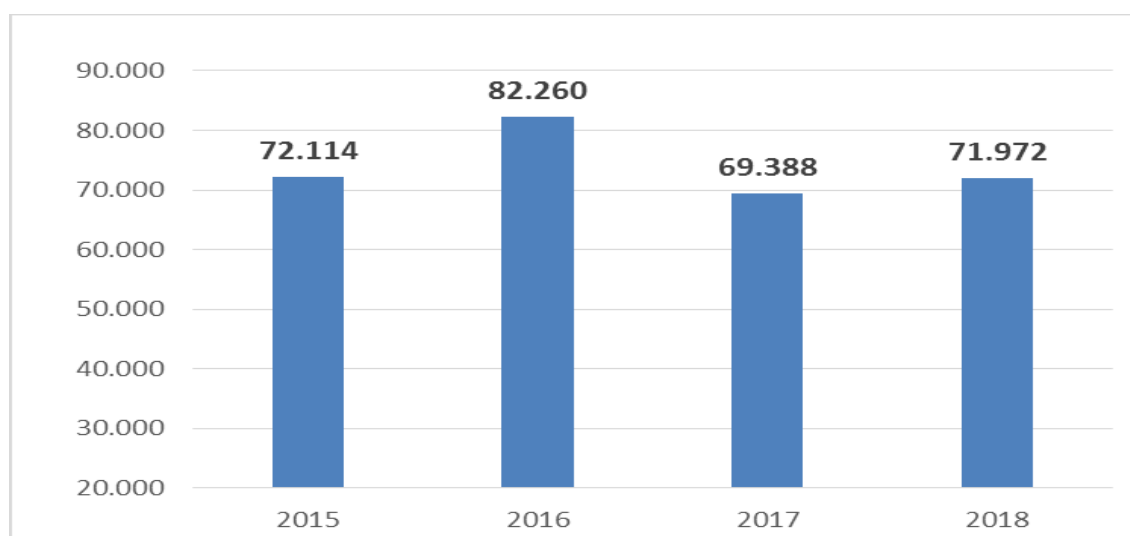
O deslocamento dos usuários é viabilizado pelo Transporte em Saúde via ambulâncias de pequeno e médio porte. Para simples remoções de pacientes considerados com quadro clínico estável previamente avaliado por profissionais capacitados, são disponibilizadas ambulâncias do Tipo A. De acordo com o Relatório Anual apresentado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2018), o Serviço de Transporte em Saúde contava com uma frota de 80 veículos, sendo:

- 28 Doblô's para deslocamento programado de pessoas com procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada (exames, reabilitação, tratamento oncológico e consultas agendadas de usuários acamados, com incapacidade de locomoção);
- 02 Vans para as remoções e transportes inter-hospitalares;
- 1 Van Ducato para transporte de crianças e adolescentes em tratamento e reabilitação na Associação de Pais e Amigos do Centro de Reabilitação – ASPAC;
- 49 veículos (sendo 06 ambulâncias, 08 Doblô's e 35 Kombi's) específicos para atender aos usuários que realizam hemodiálise.

Vale ressaltar que além da avaliação social dos pacientes da hemodiálise, o Setor de Serviço Social também avalia e acompanha os pacientes que realizam tratamento oncológico, de reabilitação e que apresentam limitação funcional ou incapacidade de locomoção por meios próprios ou transporte público, além dos pacientes atendidos na ASPAC.

No período de 2015 a 2018 a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2018) apresenta o número de pacientes atendidos pelo Transporte em Saúde:

**Gráfico 1: Pacientes atendidos pelo Transporte em Saúde, Belo Horizonte, 2015 a 2018.**



Fonte: GEURE/SMSA

### 4.2.3 Serviço Social e o Paciente em Hemodiálise

O Serviço Social do SAMU iniciou seu trabalho na sede do SAMU em janeiro de 2007 quando houve admissão de duas assistentes sociais mediante concurso público. Até aquele momento, quando iniciou o Serviço de Transporte em Saúde no ano de 2003, as avaliações clínicas e sociais dos pacientes renais eram feitas pelos médicos assistentes das clínicas de hemodiálise. Em 2008 aconteceram diversas reuniões entre Gerencia de Projetos Especiais, Serviço de Transporte Especial (atual Serviço de Transporte em Saúde) e Comissão de Nefrologia de Belo Horizonte a fim de definir estratégias de reavaliação dos pacientes até então incluídos no serviço de transporte. Outras demandas e dificuldades foram surgindo e o Serviço Social ampliou seu quadro de assistentes sociais com a chegada de outras duas profissionais, totalizando quatro assistentes sociais com vínculo profissional estabelecido no SAMU de Belo Horizonte. Atualmente as servidoras têm suas admissões realizadas mediante concurso público efetivo e seus vínculos continuam estabelecidos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Além da avaliação social dos pacientes da hemodiálise, o Setor de Serviço Social também avalia e acompanha pacientes que apresentam limitação funcional ou incapacidade de locomoção por meios próprios ou transporte público e que realizam tratamento oncológico e de reabilitação no Município de Belo Horizonte, incluindo os pacientes atendidos na ASPAC.

Para essa proposta de intervenção foi realizado um recorte dos pacientes da hemodiálise por demandarem maior assistência entre o público atendido e ser esta demanda a responsável pela criação do Setor de Serviço Social do SAMU.

A prática do Assistente Social na avaliação e acompanhamento do PRC tem por finalidade atender o paciente em suas várias demandas decorrente da sua vida social, familiar e comunitária,

[...] uma vez que o trabalho do Serviço Social em Política Pública de Saúde, especificamente no tratamento de paciente em programa de hemodiálise, visa cada vez mais prestar atendimento integral, aprimorando as técnicas e processos de trabalho, possibilitando assim, a melhoria da qualidade de vida do paciente renal e sua família (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 63).

Essa prática do assistente social deve estar imbuída por competências ético-política (assumir valores ético-morais expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais), teórico-metodológica (ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha) e técnico-operativa (criar um conjunto de

habilidades técnicas que permitam desenvolver ações profissionais junto aos usuários e instituições). Essas três dimensões de domínio do profissional “nunca podem ser desenvolvidas separadamente, caso contrário, envereda-se nas armadilhas da fragmentação e da despolitização.” (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 65). Portanto, é fundamental que o assistente social apresente ações críticas e questionadoras afim de não determinar sua prática pelo imediatismo visando à mudança da realidade presente.

Duarte, Rodrigues e Rios (2011) apresentam instrumentos e técnicas de intervenção social que se configuram como protocolos utilizados para dar suporte à intervenção. Dentre as técnicas e instrumentos de intervenção destacamos a visita domiciliar, registro das demandas e informações em atas/livros de registros, diário de campo, relatório social, parecer social, memorandos e o trabalho em equipe multidisciplinar tão necessário na construção do “diálogo, engajamento, participação e superação entre os envolvidos no processo. O trabalho transdisciplinar favorece a articulação entre os conteúdos científicos e os conteúdos de vida” dos pacientes auxiliando-os na aceitação e adesão ao tratamento de hemodiálise (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 73).

A IRC causa prejuízos importantes, “pois naturalmente, há um afastamento do paciente de seu grupo social, do seu lazer, do trabalho e às vezes da própria família, devido ao tratamento necessário para a manutenção da vida.” (DUARTE, RODRIGUES e RIOS, 2011, p. 63). Os pacientes atendidos no STS que realizam hemodiálise, além de apresentarem IRC, ou seja, a perda progressiva ou irreversível da função renal, também apresentam dificuldades de deslocamento devido fragilização do quadro de saúde – comprometimento, perda parcial ou total da deambulação dentre outras comorbidades como, por exemplo, limitações graves da visão, pneumopatias e cardiomiopatias limitantes, vasculopatia periférica grave, desautonomias, doenças neuropsiquiátricas e deficiências físicas como a paraplegia, amputações de membros maiores e sequelas traumáticas.

Nem sempre o paciente deixa de utilizar o transporte coletivo ou particular por questões financeiras, mas devido os agravos de saúde apresentados durante o tratamento. Alguns dos pacientes encaminhados para o STS são beneficiários do Passe Livre (seja por idade ou por concessão do benefício solicitado pelo Serviço Social da clínica), entretanto, não apresentam mais condições clínicas para deslocarem por meios próprios fazendo com que solicitem avaliação do Serviço Social do SAMU para inclusão no serviço de transporte do Município. A solicitação é feita pelo Serviço Social da clínica de hemodiálise a fim de garantir a manutenção do tratamento para o PRC e minimizar as hospitalizações, morbidades

e taxas de mortalidade desse público possibilitando que esses usuários transitem entre os serviços de saúde de acordo com suas necessidades (ALVES, SILVA e NEIVA, 2010).

Para o paciente e seu grupo familiar, os prejuízos gerados pelo tratamento ocasionam a diminuição da qualidade de vida, pois em sua maioria, ficam reféns dos serviços de hemodiálise até recuperarem a função renal ou realizarem com sucesso o transplante renal, lembrando que uma pequena parcela desse grupo alcança um desses objetivos.

Juntamente ao diagnóstico e tratamento, com seus consequentes impactos fisiológicos e emocionais, diversas perdas acontecem nos âmbitos profissional, social, sexual e psicológico. As condições clínicas da DRC, somadas às suas repercussões psicossociais, constituem-se como estressores para os pacientes, podendo causar impacto em sua qualidade de vida (QV) (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 412).

Compreendendo QV como a capacidade do sujeito em viver em bem-estar físico, psicológico, social e ambiental e não apenas ausência de enfermidades (OLIVEIRA *et al.*, 2016), entende-se a importância de minimizar os impactos na vida da PRC e de suas famílias buscando meios que viabilizem o tratamento da doença de forma menos agressiva possível, seja no âmbito físico, psíquico, emocional, social, ambiental e fisiológico.

Minayo (2000) aponta à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana (alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer) como patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida, uma vez que esses elementos materiais trazem noções relativas ao conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Martinez et al. (2015), mostram em seus estudos que a hemodiálise passou a significar uma vida restrita e controlada para o PRC, muitos relataram como se vivessem numa prisão, “Sentiam-se prisioneiras pelo compromisso de ir três vezes por semana ao serviço de nefrologia para realizar a hemodiálise e ficar várias horas diárias sentadas numa cadeira e ligadas a uma máquina.” (MARTINEZ *et al.*, 2015, p. 68). Devido a dependência da máquina de hemodiálise para sua sobrevivência, esses pacientes relatam sentimentos de incapacidade por não terem mais controle da própria vida, mas terem o cuidado administrado por familiares, acompanhantes e profissionais de saúde que passam a exercer controle sobre suas vidas incluindo, até mesmo, funções básicas como, por exemplo, a escolha do que e o quanto comer, beber ou até mesmo viajar. Além de todas essas perdas da qualidade de vida e da autonomia, o processo de hemodiálise exige ao mesmo tempo do paciente a redução ou até mesmo o abandono das atividades laborais e sociais tais como as atividades recreativas, viagens ou festas. Por exemplo, para que o PRC viaje para outros estados ou país torna-se necessário a liberação de vaga em serviços de diálise no local para o qual o PRC está

viajando, há uma morosidade nesse processo desde a autorização ou não pelos profissionais de saúde do serviço que responde pelo paciente quanto do serviço de hemodiálise que vai receber esse paciente na outra localidade (MARTINEZ *et al.*, 2015).

Da mesma forma que a doença renal crônica e a hemodiálise geram todo esse grande desgaste físico, emocional, social e psíquico para o paciente, seus familiares, responsáveis e/ou acompanhantes que vivenciam com eles esse processo terapêutico doloroso, de duração e consequências incertas, também são afetados, pois eles sofrem alterações em suas rotinas e hábitos no qual seus papéis e funções passam a ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente. Ainda que tais dificuldades decorrentes do tratamento alterem os hábitos e a funcionalidade do grupo familiar, é importante que o ambiente seja sadio, harmonioso, para que o PRC possa sentir-se amparado nas diversas situações decorrentes tanto da doença como do tratamento. “A família se constitui assim, na primeira rede de apoio social ao indivíduo, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana” (MARTINI *et al.*, 2007).

É comum nas avaliações sociais, ser analisada a demanda do acompanhamento de uma terceira pessoa para auxiliar o PRC durante o trajeto até a clínica, uma vez que esses pacientes já não conseguem entrar e sair de veículos sem apoio de um terceiro. Essas pessoas são chamadas de “acompanhantes”, eles podem ser familiares, responsáveis legais, amigos ou pessoas contratadas para esse fim, precisam ter idade mínima de 18 anos e disponibilidade para acompanhar o paciente dentro dos veículos do STS tanto na ida quanto na volta do tratamento. Essa é uma condição da norma que rege o STS, pois o paciente que na avaliação social apresentar demanda de acompanhante só poderá fazer uso do serviço mediante acompanhante individual. Caso ocorra, eventualmente, do paciente estar desacompanhado sem uma justificativa aceitável (doença, consulta, exames ou perícias) o paciente terá que ir por meios próprios ao tratamento naquele dia ou período até que regularize o acompanhante.

Entretanto, observa-se com frequência que muitos acompanhantes não conseguem se organizar para dar esse suporte ao paciente por um tempo prolongado devido à organização da vida pessoal, social e familiar, principalmente quando esse acompanhante faz parte do grupo familiar do paciente, uma vez que o acompanhamento gera efeito negativo na renda da família devido o acompanhante não trabalhar nos dias da hemodiálise (MARTINEZ *et al.*, 2015). Essa realidade tem impactado de forma negativa no processo saúde-doença do PRC resultando em evasões recorrentes, baixa adesão ou abandono do tratamento e, algumas vezes, em óbito. “Destaca-se uma possível relação entre os óbitos e a baixa adesão ao tratamento evidenciada pelas causas dos óbitos e pelo considerável número de faltas em hemodiálise”

(OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 416). A partir dessa reflexão compreende-se a importância do suporte social para uma maior e melhor adesão do PRC ao tratamento de hemodiálise a fim de garantir a manutenção da vida e do seu bem estar físico e emocional.

Oliveira *et al.* (2016) apontam ainda em seus estudos que o apoio oferecido também pela equipe de saúde é destacado como um recurso essencial na aceitação da doença e do tratamento por parte dos pacientes. Entretanto, os autores seguem afirmando que esse suporte social, em sua maioria, é fornecido pela família que diretamente é afetada pelo processo de adoecimento do paciente renal.

Martini *et al.* (2007) afirmam que a maior parte das famílias que acompanhava os adolescentes em hemodiálise foram classificadas como disfuncionais, uma vez que as características mais presentes eram a baixa participação e desenvolvimento de seus papéis no processo de tratamento do paciente. Contudo, os autores trazem uma reflexão pertinente em relação a esse apoio, pois, apesar da importância do apoio familiar ser essencial e positivo, se ele for ausente ou em demasia (controle excessivo) isso pode representar um fator não benéfico para o paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, para que esses extremos não prejudiquem o tratamento do PRC, os autores destacam a importância da inclusão familiar a partir do incentivo à participação e da orientação adequada em relação ao processo de tratamento dos pacientes. “Quando a família está bem informada, tem maiores condições de participar do tratamento e agir de forma articulada com a equipe de saúde.” (OLIVEIRA *et al.*, 2016, p. 417). Quando a equipe de saúde tem conhecimento da estrutura e funcionalidade do grupo familiar, amplia-se a possibilidade de realizar uma avaliação mais completa e real das necessidades do paciente e de sua família, responsável e/ou cuidador, estabelecendo uma relação de parceria e encorajando-os a funcionar como parte da rede de apoio no cuidado com o PRC.

A partir da identificação dos desequilíbrios estruturais e funcionais dessas famílias, responsáveis e/ou acompanhantes, amplia-se a possibilidade de trabalhar ações educativas no cuidado ao paciente, contribuindo para que de fato esses pares sejam um ponto de apoio favorável na superação do “isolamento físico e social tão comum no doente crônico, permitindo-lhe usufruir de uma visão mais aberta do mundo que o rodeia.”, inclusive na construção crítico/reflexiva em relação a sua adesão ao tratamento de hemodiálise (MARTINI *et al.*, 2007).



## **5 METODOLOGIA/PROPOSTA DE INTERVEÇÃO**

Será proposto um projeto de intervenção por meio da realização de atividades educativas, voltadas para a população alvo, de modo a diminuir a desinformação ou insuficiência de informação que gera baixa adesão, evasão e/ou abandono ao tratamento de pacientes com doença renal crônica, levados aos serviços de hemodiálise pelo Serviço de Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte – MG.

Essa metodologia traz características dialógicas e interativas que permitirá aos familiares ou acompanhantes responsáveis pelo PRC em tratamento de hemodiálise trabalharem os conteúdos propostos de forma reflexiva e crítica, possibilitando à identificação, o conhecimento, a apropriação e a confrontação destes conteúdos com a realidade que vivem, podendo assim, analisar os problemas cotidianos, enxergá-los de diferentes ângulos e identificar intervenções conscientes e intencionais a fim de solucioná-los.

### **5.1 População Alvo**

Familiares ou acompanhantes responsáveis de pacientes que utilizam o Serviço de Transporte em Saúde para a realização de Terapia Renal Substitutiva - HD no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **5.2 Plano de Ação**

O quadro abaixo descreve as ações educativas que serão realizadas junto aos familiares ou acompanhantes responsáveis de pacientes que utilizam o Serviço de Transporte em Saúde para a realização de HD no Município de Belo Horizonte.

Os encontros acontecerão com intervalo semanal, com dias (segundas e terças-feiras) e horários a serem firmados entre os setores de serviço social das clínicas e SAMU. Os locais de intervenção serão os espaços das clínicas que são utilizados pelos acompanhantes como sala de esperar. As ações serão desenvolvidas pela assistente social do SAMU responsável pelo plano de intervenção, com participações do médico nefrologista avaliador do SAMU, assistentes sociais das clínicas e as demais assistentes sociais do SAMU, de acordo com o interesse e disponibilidade de cada profissional.

Utilizaremos de estratégias educativas que têm por finalidade incentivar e garantir a participação dos usuários de forma espontânea, na qual ele poderá utilizar de sua capacidade argumentativa expondo seu pensamento crítico a fim de obter a compreensão da importância de seu papel como acompanhante, bem como o domínio de novas habilidades e novos conhecimentos.

Algumas das estratégias a serem utilizadas são: Rodas de conversa; Apresentação de vídeos/filmes; Discussões em grupos entre outras. Poderemos utilizar de outras estratégias e recursos que forem identificados durante o processo de ensino/aprendizagem com a finalidade de enriquecê-lo.

Segue abaixo o Quadro 2 com o Plano das atividades educativas

**Quadro 2: Plano das atividades educativas a serem desenvolvidas nas clínicas de hemodiálise com os acompanhantes de pacientes em Terapia Renal Substitutiva – HD**

<b>Ações</b>	<b>Data</b>	<b>Responsável/ Colaboradores</b>
Sala de espera com os acompanhantes. Apresentação do projeto, breve introdução sobre DRC e a TRS – HD, além da normatização que rege o Serviço de Transporte em Saúde.	04/03/2020 11/03/2020 19/03/2020 26/03/2020	Autora/ Assistentes Sociais e Médico Nefrologista do SAMU
Vídeo/Filme com prosa. Percepção do acompanhante enquanto ator fundamental para a continuidade do PRC no tratamento de hemodiálise buscando identificar fatores que dificultam o acompanhamento desses pacientes.	02/04/2020 08/04/2020	Autora/ Assistentes Sociais (conforme disponibilidade e interesse profissional)
Rodas de Conversa com relatos (troca) de experiências, vivências e análise da conjuntura social, familiar, financeira, laboral, educacional desses sujeitos a partir da realidade vivenciada por eles. Refletir sobre melhorias na adesão do paciente e acompanhante no tratamento de hemodiálise.	15/04/2020 23/04/2020	Autora/ Assistentes Sociais (conforme disponibilidade e interesse profissional)
Promover ações reflexivas sobre medidas que minimizem os impactos financeiros e/ou temporais que prejudicam no desempenho das outras atividades da vida diária desses sujeitos. Avaliação crítica/reflexiva/livre sobre as práticas pedagógicas vivenciadas.	29/4/2020 30/04/2020	Autora/ Assistentes Sociais (conforme disponibilidade e interesse profissional)

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3 Recursos humanos e materiais

Serão utilizados recursos pertencentes ao próprio Serviço, não gerando, portanto, outros gastos.

Abaixo os recursos materiais utilizados:

- Cartilhas impressas com conteúdos a serem trabalhados;
- Mapa do Município de Belo Horizonte;
- Canetas;
- Retroprojektor;
- Computador.

Teremos como infraestrutura de apoio os espaços e equipamentos físicos como banheiros, sala de espera/recepção, mesas, cadeiras e bebedouros.

Quanto aos educadores, serão os profissionais do serviço, composto por médico nefrologista e assistentes sociais do STS e das clínicas de hemodiálise, todos com formação técnica superior com carga horária mínima de 20 horas/semanais.

### 5.4 Orçamento

As atividades propostas serão realizadas com materiais disponíveis nos Setores de Serviço Social tanto do SAMU quanto das clínicas de hemodiálise. Caso seja necessário qualquer outro recurso que não seja disponível pelos serviços, será de responsabilidade do pesquisador sem ônus para os serviços de saúde. Portanto, não haverá custos adicionais para o setor público.

### 5.5 Cronograma das atividades de execução do projeto de intervenção

**Quadro 3: Cronograma das atividades**

Atividade	Início	Fim
Elaboração do Plano Educativo	22/12/2019	18/01/2020
Apresentação da proposta do Plano Educativo à Clínica de HD e divisão das atividades entre os profissionais participantes	02/2020	02/2020
Execução da Atividade 1 “Sala de Espera”	04/03/2020	26/03/2020
Execução da Atividade 2 “Vídeo/Filme com Prosa”	02/04/2020	08/04/2020
Execução da Atividade 3 “Rodas de Conversa”	15/04/2020	23/04/2020
Execução da Atividade 4 “Rodas de Conversa”	29/04/2020	30/04/2020
Avaliação do projeto pela equipe colaboradora	05/2020	05/2020

Fonte: Elaborado pela autora.

## **5.6 Plano educativo das atividades a serem desenvolvidas**

Sabendo que o plano de aula não deve ser apenas um esquema rígido e mecânico, “mas um conjunto de diretrizes simples e flexíveis, capaz de se ajustar as situações imprevistas da aprendizagem” (VILLA, 2019, p. 29), segue a proposta das atividades a serem desenvolvidas com possibilidade de mudanças e/ou ajustes diante da realidade a ser trabalhada.

### ***Atividade 1: Sala de espera.***

*Tempo previsto: 60min.*

#### ***Objetivo Geral***

A atividade 1 tem por objetivo apresentar a proposta geral do projeto com uma breve introdução sobre DRC, a TRS – HD e a normatização que rege o Serviço de Transporte em Saúde do Município de Belo Horizonte.

#### ***Objetivos específicos***

- a) Identificar as legislações que regem os direitos e deveres dos usuários do SUS, com destaque para a normatização que trata dos pacientes em Terapia Renal Substitutiva no Município de Belo Horizonte;
- b) Refletir se o conhecimento obtido está em conformidade com a realidade social vivenciada pelos pacientes em tratamento de hemodiálise e se tais direitos e deveres estão sendo efetivados;
- c) Promover maior conhecimento sobre a DRC e a TRS – HD seus impactos e melhorias na qualidade de vida do PRC e suas famílias.

#### ***Conteúdo***

- Legislações que regem os direitos e deveres dos usuários do SUS;
- Legislações que garantem o tratamento da Terapia Renal Substitutiva;
- Legislação que rege o Serviço de Transporte em Saúde no Município de Belo Horizonte, MG;
- A doença renal crônica e a terapia renal substitutiva – hemodiálise.

#### ***Metodologia***

Tempo

3’ Apresentação da coordenação do grupo

- 4' Apresentação da proposta educativa e das temáticas a serem trabalhadas
- 10' Apresentação dos participantes
- 3' Dinâmica das boas vindas: Dança Sênior - Música "Boas Vindas" faixa 13
- 10' Breve introdução sobre DRC e TRS com ênfase na HD
- 10' Apresentação territorial do Município de Belo Horizonte e as legislações/normatização que rege o Serviço de Transporte em Saúde
- 15' Momento de reflexão sobre o conhecimento obtido e a realidade social vivenciada
- 5' Preenchimento da avaliação

### ***Recursos didáticos/humanos***

- Cartilhas impressas com conteúdos a serem trabalhados;
- Mapa do Município de Belo Horizonte;
- Canetas;
- Retroprojeto;
- Caixas de som;
- CD Módulo Básico – Dança Sênior;
- Computador.

Teremos como infraestrutura de apoio os espaços e equipamentos físicos como sala de espera/recepção, banheiros, bebedouros, mesas e cadeiras.

Quanto aos educadores, será composto por médico nefrologista, assistentes sociais do SAMU e assistentes sociais das clínicas de hemodiálise.

### ***Avaliação***

Ao final cada participante será convidado a dar uma nota de 1 a 4 avaliando qual a contribuição que a proposta trabalhada trouxe para o seu dia a dia. Será entregue 1/3 de uma folha A4 com as opções de múltipla-escolha além de um espaço em branco para sugestões/reclamações/observações.

### ***Referências***

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Decreto nº 16.767, de 9 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde. Da Subsecretaria de Atenção à Saúde. Da Gerência de Urgência e Emergência. Art. 41 – O Transporte em Saúde é unidade vinculada à Gerência de Urgência e Emergência. Secretaria Municipal de Saúde.

Diário Oficial do Município. 2017. Disponível: <  
<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1186404>>.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2009. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2014. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html)>.

## **Atividade 2: Vídeo/filme com prosa.**

*Tempo previsto:* 60min.

### **Objetivo Geral**

A atividade 2 tem por objetivo identificar a percepção do acompanhante enquanto ator fundamental para a continuidade do PRC no tratamento de hemodiálise.

### **Objetivos específicos**

- a) Analisar a rotina dos pacientes e do grupo familiar;
- b) Identificar fatores que dificultam o acompanhamento ao PRC no dia a dia com enfoque nos dias e sessões de hemodiálise;
- c) Refletir sobre o papel de cada sujeito enquanto membro do grupo familiar e sujeito individual.

### **Conteúdo**

- A rotina dos pacientes e do grupo familiar;
- Fatores que dificultam o acompanhamento ao PRC no dia a dia com enfoque nos dias e sessões de hemodiálise;

- O papel de cada membro no processo da hemodiálise.

### ***Metodologia***

Tempo

- 5' Introduzir a questão: “A hemodiálise no dia a dia do paciente renal”
- 5' Apresentação do vídeo 1 “A árvore e o menino indiano – atitude diante do problema”
- 5' Diálogo reflexivo sobre a importância de cada sujeito no trabalho coletivo
- 10' Construção do Quadro “Eu Real X Eu Ideal” a partir da reflexão: “Quem sou eu no dia a dia do PRC”, listando no quadro os fatores que dificultam o acompanhamento ao paciente
- 20' Apresentação do vídeo 2 “ Circo Borboleta”
- 10' Momento de reflexão sobre a maneira como enxergamos os problemas e o papel que desempenhamos na vida do PRC
- 5' Preenchimento da avaliação

### ***Recursos didáticos/humanos***

- Folhas A4 com avaliação impressa e outras folhas em branco;
- Cartolinas;
- Canetas, pincéis atômicos;
- Pen-drive com os vídeos 1 e 2;
- Retroprojeter;
- Computador.

Teremos como infraestrutura de apoio os espaços e equipamentos físicos como sala de espera/recepção, banheiros, bebedouros, mesas e cadeiras.

Quanto aos educadores, serão os profissionais composto por assistentes sociais do SAMU e assistentes sociais das clínicas de hemodiálise.

### ***Avaliação***

Ao final cada participante será convidado a dar uma nota de 1 a 4 avaliando qual a contribuição que a proposta trabalhada trouxe para o seu dia a dia. Será entregue 1/3 de uma folha A4 com as opções de múltipla-escolha além de um espaço em branco para sugestões/reclamações/observações.

### ***Referências***

MARTINEZ, Francisco Javier Mercado; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; ZILLMER, Juliana Graciela Vestana; LOPES, Soraia Geraldo Rozza; BOELL, Julia Estela. **Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.25, n.1, p. 59-74, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00059.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

“A árvore e o menino indiano – atitude diante do problema” – 2:00”, Youtube – Eriseu Ribas Trindade Junior. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=R1ZG9dq0gxU>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

“Circo Borboleta” – 20:09”, Youtube – Carlos Vanderlei. Disponível em:< [https://www.youtube.com/watch?v=e9jc3e\\_Visc](https://www.youtube.com/watch?v=e9jc3e_Visc)>. Acesso em: 22 dez. 2019.

### **Atividades 3 e 4: Rodas de conversa.**

*Tempo previsto:* 60 minutos para cada atividade

#### **Objetivo Geral**

As atividades 3 e 4 têm por objetivo promover a troca de experiências valorizando as vivências que cada um traz da sua realidade social a fim de obterem melhorias na adesão do paciente e do acompanhante no tratamento de hemodiálise.

#### **Objetivos específicos**

- Analisar a conjuntura social, familiar, financeira, laboral e educacional desses sujeitos a partir da realidade vivenciada por eles;
- Promover ações reflexivas sobre medidas que minimizem os impactos financeiros e/ou temporais que prejudicam no desempenho das outras atividades da vida diária desses sujeitos;
- Avaliar de forma crítica, reflexiva e livre as práticas pedagógicas vivenciadas e seus benefícios para a vida pessoal de cada um.

#### **Conteúdo**

- Realidade da conjuntura social, familiar, financeira, laboral e educacional dos pacientes e seus acompanhantes;
- Impactos financeiros e/ou temporais que trazem prejuízo no desempenho de outras atividades da vida diária do PRC e seu grupo familiar;
- Levantamento de medidas que possam minimizar os impactos decorrentes da hemodiálise na vida dos pacientes e seus acompanhantes.



### ***Metodologia da atividade 3***

#### Tempo

- 5' Dinâmica da harmonia grupal: Dança Sênior - Música "Roda Alegre" faixa 10
- 5' Breve retomada sobre a importância da harmonia familiar
- 5' Divisão dos participantes em 5 grupos. Entrega de 1 cartolina e um pincel atômico para cada grupo
- 15' Dinâmica "Tempestade de ideias". Cada grupo receberá um tema (Família, Educação, Trabalho, Sociedade, Renda) a ser trabalhado a partir das vivências de cada participante
- 25' Roda de Conversa com troca de experiências por eles vivenciadas diante de cada tema trabalhado nos subgrupos. Momento de reflexão sobre o conhecimento obtido e a realidade social vivenciada
- 5' Preenchimento da avaliação

### ***Metodologia da atividade 4***

#### Tempo

- 10' Roda de conversa para uma breve retomada sobre os conteúdos trabalhados nos encontros anteriores
- 6' Apresentação do vídeo "Ripple – To The Good Samaritans In Our Lives: Thank You."
- 24' Diálogo reflexivo sobre a importância do cuidar e do cuidado. Distribuir os participantes em 2 grupos e ofertar a cada grupo 1/2 cartolina com os seguintes textos:
 

"Ter compaixão não é ter pena do outro, é conviver com o outro, deixar que ele não sofra sozinho. O terrível do sofrimento não é o sofrimento, é a solidão do sofrimento, e o sofrimento se torna humano e suportável quando uma mão se estende, um ombro é oferecido, quando dizemos uma palavra que consola" (BOFF, 2012).

"Cuidado envolve ajudar a si mesmo ou ao outro ser vivo de modo a aumentar seu bem estar, proteger, prevenir danos, minimizar desconfortos e envolver pessoas e suas relações com o meio em que vivem" (MAGALHAES E GRILLO, 2018).
- 10' Dinâmica "Quadro dos Sonhos". A partir da reflexão dos dois textos distribuídos anteriormente, os participantes são convidados a elencar as expectativas de melhoria que eles têm para o dia a dia do PRC e suas famílias. Levantamento de medidas que possam minimizar os impactos decorrentes da hemodiálise
- 5' Preenchimento da avaliação

## 5º Agradecimentos e encerramento do projeto

### *Recursos didáticos/humanos*

- Folhas A4 com avaliação impressa e outras folhas em branco;
- Cartolinas;
- Canetas, pincéis atômicos;
- Retroprojektor;
- Computador.

Teremos como infraestrutura de apoio os espaços e equipamentos físicos como sala de espera/recepção, banheiros, bebedouros, mesas e cadeiras.

Quanto aos educadores, serão os profissionais composto por assistentes sociais do SAMU e assistentes sociais das clínicas de hemodiálise.

### *Avaliação*

Ao final cada participante será convidado a dar uma nota de 1 a 4 avaliando qual a contribuição que a proposta trabalhada trouxe para o seu dia a dia. Será entregue 1/3 de uma folha A4 com as opções de múltipla-escolha além de um espaço em branco para sugestões/reclamações/observações.

### *Referências*

“Ética & Ecologia: desafios do Século XXI, os 4 princípios fundamentais.” – 14:53”.  
Leonardo Boff. Congresso Amfac. 2012. Disponível em: <  
[https://www.youtube.com/watch?v=DuW\\_JyTCFik](https://www.youtube.com/watch?v=DuW_JyTCFik)>. Acesso em: 04 set. 2018.

MAGALHÃES, Zídia Rocha; GRILLO, Maria José Cabral. **A Pedagogia do Cuidado na Saúde**. Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2018. Disponível em:  
<[https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/329784/mod\\_label/intro/M%C3%B3dulo%204%20-%20Pedagogia%20do%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf](https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/329784/mod_label/intro/M%C3%B3dulo%204%20-%20Pedagogia%20do%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf)>. Acesso em: ago.2018.

“Ripple – To The Good Samaritans In Our Lives: Thank You.” – 5:46”, Youtube –  
Vidsee.com. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=ovj5dzMxzmC>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

### **5.7 Avaliação e acompanhamento da proposta**

O Setor de Serviço Social acompanhará os usuários orientando e dinamizando as atividades a fim de contribuir no desenvolvimento psicossocial e intelectual dos usuários. O processo de avaliação ocorrerá durante todo o processo e ao final do último encontro, através de questionário aberto, cada usuário poderá expressar de maneira crítica e livre se a prática pedagógica vivenciada trouxe alguma contribuição para o seu cotidiano promovendo uma formação aberta, autônoma e ética que o auxilie no confronto com problemas do dia a dia de maneira criativa/crítica. Assim poderemos ver se os objetivos propostos foram ou não alcançados e se a proposta pedagógica necessita de ser reestruturada.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente projeto considerou a complexidade do processo saúde-doença do PRC e seu grupo familiar como também a realidade dos serviços de saúde e suas fragilidades no processo de educação em saúde.

Diante da problemática apresentada, espera-se promover uma formação aberta, autônoma e ética que auxilie familiares e/ou responsáveis no confronto com problemas cotidianos de maneira crítico/reflexiva, diminuindo a desinformação ou insuficiência de informação que gera baixa adesão culminando em evasões recorrentes, diminuindo consequentemente o abandono do tratamento de hemodiálise.

A pedagogia freireana norteou a criação desse projeto bem como a metodologia que enfatiza uma abordagem dialógica, considerando as reflexões críticas e impactando no processo de trabalho da rede de atenção a saúde e do tratamento de hemodiálise do PRC. Espera-se ainda que os objetivos propostos sejam alcançados e que a equipe dê continuidade ao projeto de intervenção, podendo este servir de modelo para outros serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Marília; SILVA, Andréa Fonseca; NEIVA, Lílian Colares Fulgêncio. **Atendimento de Urgência: O Transporte Sanitário como Observatório de Saúde de Belo Horizonte**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n.2, p.181-187. Abr./jun. 2010. Disponível em: Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/104>>. Acesso em: nov. 2019.

BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. **Investigando questões de educação na área da saúde. Unidade 1: Principais Delineamentos Pesquisa**. Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2018.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Lei nº 9.198, de 02 de maio de 2006**. Dispõe sobre Transporte Gratuito para Portadores de Doença Renal e dá outras providências. Câmara Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/a1/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2006/919/9198/lei-ordinaria-n-9198-2006-dispoe-sobre-transporte-gratuito-para-portadores-de-doenca-renal-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: nov. 2018.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Decreto nº 16.767, de 9 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a organização da Secretaria Municipal de Saúde. Da Subsecretaria de Atenção à Saúde. Da Gerência de Urgência e Emergência. Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município. 2017. Disponível: < <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1186404>>. Acesso em: nov. 2018.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal de. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2019/planejamento/RAG%202018.pdf>>. Acesso em nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_direito\\_usuarios\\_2ed2007.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico. 2010**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=destaques>>. Acesso em: out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_clinicas\\_cuidado\\_paciente\\_renal.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf)>. Acesso em: nov. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 8662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8662.htm)>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048\\_05\\_11\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.863, de 29 de setembro de 2003a**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.864 de 29 de setembro de 2003b**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864\\_29\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)>. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014a**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\\_13\\_03\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html)>. Acesso em: jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética profissional do Assistente Social**. Resolução CFESS Nº 273, de 15 de março de 2003, alterado pelas Resoluções 290/94 e 293/94. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf)>. Acesso em abr. 2019.

DUARTE, Daniela de Cássia; RODRIGUES, Fernanda Cristine; RIOS, Ivone Alves. **A atuação profissional do assistente social junto aos pacientes renais crônicos**. Atenção

transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico – 1. ed. Campo Grande : Secretaria de Estado de Saúde, 2011. 140 p. Disponível em: < [http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual\\_renal-x1a.pdf](http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/manual_renal-x1a.pdf) >. Acesso em: nov.2018.

MADEIRA, Anésia Moreira Faria. **Investigando questões de educação na área da saúde. Unidade 3: Conhecendo Projeto de Intervenção.** Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2018.

MAGALHÃES, Zídia Rocha; GRILLO, Maria José Cabral. **A Pedagogia do Cuidado na Saúde.** Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2018. Disponível em: <[https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/329784/mod\\_label/intro/M%C3%B3dulo%20-%20Pedagogia%20do%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf](https://virtual.ufmg.br/20182/pluginfile.php/329784/mod_label/intro/M%C3%B3dulo%20-%20Pedagogia%20do%20Cuidado%20em%20Sa%C3%BAde.pdf)>. Acesso em: ago.2018.

MARINHO, Christielle Lidiane Alencar. et. al. **Associação entre características sociodemográficas e qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise.** Revista Cuidarte, v. 09, n.1, p.2017-2029. Jan/Abr. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000102017](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000102017)>. Acesso em: 05/12/2018.

MARTINEZ, Francisco Javier Mercado; SILVA, Denise Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; ZILLMER, Juliana Graciela Vestana; LOPES, Soraia Geraldo Rozza; BOELL, Julia Estela. **Vivendo com insuficiência renal: obstáculos na terapia da hemodiálise na perspectiva das pessoas doentes e suas famílias.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.25, n.1, p. 59-74, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00059.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

MARTINI, Araceli Moreira; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo; GONÇALVES, Anna Paula Farrario; LOPES, Maria Lucia Holanda. **Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico.** Revista Eletrônica Enfermagem, 2007, v.9, n.2, p.329-343. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a04.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

MINAYO, MCS; HARTZ, ZMA; BUSS, PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva 2000;5:7-18. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Acesso em: nov. 2019.

MURTA, Marinez Fulgêncio. **Recursos Didáticos.** Centro de Referência Virtual do Professor, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Documents/MODULO%206%20Textos%20para%20o%20Mod%209/Recursos%20Didáticos%20-%20Marinez%20Murta.html>>. Acesso em: jun.2019.

NASCIMENTO, E.S.; TEIXEIRA,V.M.N. **Redação técnico-científica e pesquisa bibliográfica: algumas reflexões.** Enfermagem Revista, Belo Horizonte, v.15, n. 2, p. 213-28, maio/ago. 2012.

NETO, José Andrade Moura; MOURA Ana Flávia de Souza; SUASSUNA, José Hermógenes Rocco. **Renúncia à terapia renal substitutiva: descontinuação e sonegação.** J Bras Nefrol.

2017, v.39, n. 3, p.312-322. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt\\_0101-2800-jbn-39-03-0312.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0312.pdf)>. Acesso em: nov. 2019.

OLIVEIRA, Araiê Prado; SCHMIDT, Debora Berger; AMATNEEKS, Thaís Malucelli; SANTOS, Jéssica Caroline dos; CAVALLET, Luiza Helena Raittz; MICHEL, Renate Brigitte. **Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento.** J. Bras. Nefrol. 2016; v.38, n. 4, p.411-420. Disponível em: <<http://bjn.org.br/details/1896/pt-BR>>. Acesso em: nov. 2019.

PECOITS, Roberto Flávio Silva; RIBEIRO, Silvia Carreira. **Especialização em Nefrologia Multidisciplinar. Módulo 6 – Manejo Clínico das Doenças Renais. Unidade 3 - Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal.** Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. São Luís, 2014.

SOCIEDADE Brasileira de Nefrologia. **Censo de Diálise SBN 2010 Dados Gerais.** 2010. Disponível em: <[arquivos.sbn.org.br/pdf/censos/censo2010finalizado](http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censos/censo2010finalizado)>. Acesso em: nov. 2019.

SOUSA, Maiana Regina Gomes de; et al. **Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem.** Revista Escola de Enfermagem USP, 2013, v.47, n.1, p.76-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a10v47n1.pdf>>. Acesso em: nov. 2019.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; CONTANDRIOPOULOS André-Pierre. **O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias.** Cadernos de Saúde Pública, 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2004.v20n2/546-554/>>. Acesso em: 09 jul. 2018.

TEIXEIRA, Virgínia Mascarenhas Nascimento; SILVEIRA, Marília Rezende da. **Unidade 5: Formalização do Trabalho Acadêmico.** Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2018.

VILLA, Eliana Aparecida. **Planejando Práticas Pedagógicas do Cuidado em Saúde.** Curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde. Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2019. Disponível em: <[https://virtual.ufmg.br/20191/pluginfile.php/313194/mod\\_label/intro/M%C3%93DULO%208%20-%20PLANEJANDO%20PR%C3%81TICAS%20PEDAG%C3%93GICAS%20DO%20CUIDADO%20EM%20SA%C3%90ADE.pdf?time=1556909484620](https://virtual.ufmg.br/20191/pluginfile.php/313194/mod_label/intro/M%C3%93DULO%208%20-%20PLANEJANDO%20PR%C3%81TICAS%20PEDAG%C3%93GICAS%20DO%20CUIDADO%20EM%20SA%C3%90ADE.pdf?time=1556909484620)>. Acesso em: Mai. 2019.

## VÍDEOS

“A árvore e o menino indiano – atitude diante do problema” – 2:00”, Youtube – Eriseu Ribas Trindade Junior. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=R1ZG9dq0gxU>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

“Circo Borboleta” – 20:09”, Youtube – Carlos Vanderlei. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=e9jc3e\\_Visc](https://www.youtube.com/watch?v=e9jc3e_Visc)>. Acesso em: 22 dez. 2019.

“Ética & Ecologia: desafios do Século XXI, os 4 princípios fundamentais.” – 14:53”. Leonardo Boff. Congresso Amfac. 2012. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=Duw\\_JyTCFik](https://www.youtube.com/watch?v=Duw_JyTCFik)>. Acesso em: 04 set. 2018.



"Plano de Aula" – 10:53" – Youtube – Professor Dr. Ivan Claudio Guedes. Disponível em:< [https://www.youtube.com/watch?v=SxCudt3QDd4&list=RDQMii5VJLzKZIs&start\\_radio=1](https://www.youtube.com/watch?v=SxCudt3QDd4&list=RDQMii5VJLzKZIs&start_radio=1)>. Acesso em: jun. 2019.

"Projeto de pesquisa e projeto de intervenção – diferenças e pontos importantes" – 4:17", Youtube – Profa. Sarah Lucena. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=SeZro7sdk1I>> . Acesso em: 07 dez. 2018.

"Ripple – To The Good Samaritans In Our Lives: Thank You." – 5:46", Youtube – Vidsee.com. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=ovj5dzMxzm>>. Acesso em: 22 dez. 2019.

"Roteiro do projeto de intervenção – Parte 2" – 25' - Youtube – Profa. Suely Deslandes – Fiocruz. Disponível em:< <https://www.youtube.com/watch?v=SeZro7sdk1I><https://www.youtube.com/watch?v=zwyLndDjpP8>> . Acesso em: 25 nov. 2018.

"Saia da zona de conforto" – 5'. Disponível em:< <http://www.colegiojoapauloii.com.br/saia-da-zona-de-conforto-video/>>. Acesso em: 09 dez. 2018.