

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GRAZIELE ALVES MARTINS

**CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE E
DOS USUÁRIOS EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA HOSPITALAR**

SÃO CARLOS - SP
2025

GRAZIELE ALVES MARTINS

**CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE E
DOS USUÁRIOS EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva

São Carlos-SP
2025

DEDICATÓRIA

A Deus por ser a minha maior fonte de inspiração, força e proteção, por tantas bênçãos, oportunidades e experiências extraordinárias.

Aos meus pais Sandra e Lúcio que sempre me incentivaram e apoiaram em todas as fases de minha vida.

A todos os profissionais de saúde e pessoas atendidas no serviço de nefrologia hospitalar onde realizei a pesquisa, que me inspiraram e acolheram com afeto, aos quais se sensibilizaram para o objetivo do estudo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Grazielle Alves Martins, realizada em 13/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva (UFSCar)

Profa. Dra. Vivian Aline Mininel (UFSCar)

Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa (UFRN)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua presença constante em minha vida, pelas oportunidades, por não permitir que eu desistisse dos meus sonhos, seu infinito amor. Agradeço pela minha existência, direcionamentos, por tornar meus sonhos realidade, pela sabedoria. Tudo o que tenho e sou é graças a Ti Deus!

Aos meus pais por me ensinarem o verdadeiro significado e valor da vida, a eles devo tudo! Obrigada pelo apoio, carinho e presença constante ao longo da minha existência.

Ao Henrique Rabelo por sua serenidade, amor, cuidado e prontidão. Obrigada por estar comigo nesta jornada.

À Professora Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva pelas ricas e intensas discussões que colaboraram para o meu aprimoramento na área. Obrigada pelas orientações, oportunidades, inspiração, sabedoria e paciência. Minha eterna gratidão e admiração!

À Enfermeira Isabel Gomes por sua parceria e empatia. Obrigada por me auxiliar e permitir que eu conciliasse o trabalho com o estudo.

À Ana Clara Souza Franchi pela amizade e incentivo. Agradeço por sempre se fazer presente.

Aos Professores Marcelo Viana da Costa e Vivian Aline Mininel, pelas orientações e contribuições no exame de qualificação.

Aos participantes do estudo, usuários e trabalhadores do setor de nefrologia por concederem seu tempo, preciosas contribuições e reflexões.

Aos integrantes do grupo de pesquisa 'Gestão, Formação Saúde e Trabalho' pelas orientações e estudos compartilhados, especialmente a Carla Del Valle e Daniela Rosaly Leite.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGENf- UFSCar) pela oportunidade de crescimento profissional e conhecimentos adquiridos.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral compreender as vivências da equipe de saúde e dos usuários acerca do Cuidado centrado no Usuário em um serviço de nefrologia hospitalar. Os objetivos específicos são: identificar as características do CCU a partir das experiências dos usuários e profissionais de saúde; analisar os princípios do CCU através dos relatos de vivências da equipe de saúde e seus usuários; descrever as limitações para o CCU no contexto da nefrologia hospitalar. Trata-se de um estudo de análise temática qualitativa, no serviço de nefrologia em um hospital do interior paulista. Foram entrevistados oito usuários e doze trabalhadores de diversas categorias da equipe de saúde em julho de 2024. A análise de conteúdo temática foi conduzida a partir do referencial teórico de CCU, Carl Rogers, Stewart e autores, inspirados por Michael Balint. Os resultados possibilitaram a construção de cinco categorias empíricas, construídas a partir da análise das entrevistas, que indicam características presentes no CCU: relação de proximidade entre o usuário e o profissional de saúde de forma humanizada; compreensão dos usuários sobre a doença através da clareza na comunicação entre os profissionais de saúde e a educação em saúde no serviço de nefrologia; entender a pessoa à luz da integralidade do cuidado em rede; estratégias para construir o plano de cuidados de modo compartilhado; limitações para o cuidado centrado no usuário em nefrologia hospitalar. Ademais, os profissionais de saúde e usuários entrevistados, possuíam relatos semelhantes ao destacarem a participação ativa do usuário no cuidado no setor. Os trabalhadores mencionaram a importância de o usuário compreender cada etapa da assistência prestada no setor de nefrologia, onde cada um possui uma maneira particular de articular este processo. Como limitação descrita, enfatizaram a dificuldade na adaptação no rodízio de trabalhadores, principalmente técnicos em enfermagem e enfermeiros. Concluiu-se assim que o CCU na nefrologia hospitalar, quando corretamente implementado, resulta em uma melhoria na satisfação dos usuários e uma maior realização dos profissionais de saúde. Essa abordagem implica a integração das preferências e metas dos indivíduos nas decisões terapêuticas, reconhecendo a importância de um diálogo aberto e contínuo entre os profissionais de saúde e a pessoa atendida.

Palavras-chave: Equipe de saúde; Atenção Centrada no Usuário; Nefrologia; Hospital.

ABSTRACT

This study aims to understand the experiences of both the healthcare team and users regarding User-Centered Care (UCC) in a hospital nephrology service. The specific objectives are: to identify the characteristics of UCC from the perspectives of users and healthcare professionals; to analyze the principles of UCC through experience reports from the healthcare team and users; and to describe the limitations of implementing UCC in the context of hospital nephrology. This is a qualitative study using thematic analysis, conducted in the nephrology department of a hospital located in the countryside of São Paulo State, Brazil. Eight users and twelve healthcare professionals from various disciplines were interviewed in July 2024. The thematic content analysis was based on the theoretical framework of UCC, drawing from the works of Carl Rogers, Stewart, and authors inspired by Michael Balint. The results led to the construction of five empirical categories, based on interview analysis, which reveal key characteristics of UCC: a close, humanized relationship between users and healthcare professionals; users' understanding of their illness through clear communication and health education in the nephrology service; a holistic understanding of the person through integrated, network-based care; strategies for collaboratively building the care plan; and limitations to the implementation of user-centered care in hospital nephrology. Furthermore, both professionals and users shared similar reports highlighting the user's active participation in care within the sector. The healthcare professionals emphasized the importance of users understanding each step of the assistance provided in the nephrology department, noting that each individual has a particular way of engaging with this process. As a limitation, they pointed to challenges in adapting to staff rotation, especially among nursing technicians and nurses. The study concludes that when properly implemented, UCC in hospital nephrology leads to greater user satisfaction and increased professional fulfillment. This approach requires the integration of users' preferences and goals into therapeutic decisions, recognizing the importance of open and continuous dialogue between healthcare professionals and the individuals receiving care.

Keywords: Healthcare team; User-Centered Care; Nephrology; Hospital.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDT: Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante

ACP: Atenção Centrada na Pessoa

AT: Análise Temática

CCU: Cuidado Centrado no Usuário

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

FAV: Fístula arteriovenosa

HD: Hemodiálise

IRA: Insuficiência renal aguda

IRC: Insuficiência renal crônica

MCCP: Método Clínico Centrado na Pessoa

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PNH: Política nacional de Humanização

PROs: Experiências relatadas pelos pacientes (sigla em inglês)

SBN: Sociedade Brasileira de Nefrologia

SDM: Tomada de decisão compartilhada (sigla em inglês)

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

UF: Ultrafiltração

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos profissionais de saúde que participaram do estudo.....	25
Quadro 2 – Caracterização dos usuários que participaram do estudo.....	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa.....	18
Figura 2 – Modelo adaptado do CCU a partir da produção de Rogers (1980) e Stewart et al. (2017) , aplicada em serviços de nefrologia.....	21
Figura 3 – Categorias das entrevistas sobre vivências no setor de nefrologia hospitalar, associadas às características do CCU.....	30

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO.....	17
3.2 CONCEITOS EM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	18
4 MÉTODO.....	23
4.1 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.2 PARTICIPANTES.....	24
4.3 COLETA DE DADOS.....	26
4.4 ANÁLISES DOS DADOS.....	27
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
5 RESULTADOS.....	30
5.1 RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE O USUÁRIO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE DE FORMA HUMANIZADA.....	31
5.2 COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A DOENÇA ATRAVÉS DA CLAREZA NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA.....	33
5.3 ENTENDER A PESSOA À LUZ DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM REDE.....	38
5.4 ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUIR O PLANO DE CUIDADOS DE MODO COMPARTILHADO.....	42
5.5 LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO EM NEFROLOGIA HOSPITALAR.....	44
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS.....	72
ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - EQUIPE DE SAÚDE.....	72
ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIO.....	76
APÊNDICE.....	80

APÊNDICE 1 . ROTEIRO PARA ENTREVISTA - EQUIPE DE SAÚDE.....	80
APÊNDICE 2. ROTEIRO PARA ENTREVISTA- USUÁRIOS.....	82

APRESENTAÇÃO

O interesse sobre o tema, o cuidado centrado no usuário (CCU) no contexto de nefrologia hospitalar, nasceu da minha vivência como enfermeira em nefrologia em um hospital do interior paulista, onde trabalhei por três anos. Desde que iniciei na área de nefrologia, notei a necessidade e a importância de os usuários participarem ativamente do seu acompanhamento em hemodiálise, e como a interação entre profissionais de saúde e usuários facilitavam a assistência.

Notei a presença constante desses usuários no serviço, comparecimentos em média de três vezes semanais para o tratamento de hemodiálise, e como todo o processo os sensibiliza, levando em consideração a cronicidade e a severidade da maioria das situações. Observava relatos de usuários sobre como eles percebiam o seu acompanhamento de saúde, a forma como os membros da equipe de saúde se comportava em circunstâncias individuais e como isso influenciava no seu interesse em participar dos acompanhamentos de saúde. Além disso, pensava em como os profissionais de saúde poderiam desenvolver estratégias para envolver os usuários no seu tratamento de hemodiálise. O que me impulsionou a me aprofundar no estudo do CCU.

Atualmente, trabalho em uma atenção secundária em outro município do interior de São Paulo. Uma parte do meu trabalho diário envolve o atendimento e a recepção dos usuários da rede municipal, na unidade de saúde da atenção especializada. Na unidade atual, os relatos dos usuários se assemelham aos da nefrologia. A especialidade ou especificidade de meu trabalho mudaram, mas a percepção dessa necessidade de empoderamento e orientação no acompanhamento de saúde persistiam através dos relatos e percepções cotidianas.

Assim, a partir dessas reflexões, voltei minha atenção para a nefrologia, associando o CCU à hemodiálise, devido à frequência e constante interação com esses usuários. Portanto, através do mestrado, tive a oportunidade de me aprofundar na teoria do CCU na área de nefrologia e, através desta pesquisa qualitativa, descrever as experiências dos profissionais de saúde e usuários.

1 INTRODUÇÃO

O tema central desta pesquisa é o Cuidado Centrado no Usuário (CCU), no setor de nefrologia hospitalar. O termo Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) ou “*Patient Centered Care*” (PCC) em inglês, também pode ser associado a outros semelhantes, como “Centrado no Paciente”, “Centrado no Cliente” e “Centrado no usuário”, essas nomenclaturas representam um cuidado respeitoso e responsivo às preferências individuais dos pacientes, necessidades e valores, que assegurem que a pessoa participe das decisões clínicas. Tais termos são adotados de maneira intercambiável, de acordo com o país e/ou época (*Health Foundation, 2016*).

Neste estudo, o termo "Cuidado Centrado no Usuário" (CCU) será utilizado, pois, no cenário brasileiro, o termo usuário é destacado nas políticas públicas de saúde, referindo-se ao indivíduo que utiliza o serviço de saúde e participa ativamente das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo controle social. Isso reforça a linguagem legal e técnica utilizada, de acordo com a Constituição de 1988, que reconhece os usuários e seu acesso universal aos serviços de saúde. (Saito, et al., 2013).

Com base na relação histórica e na progressão do conceito e implementação do CCU, na década de 50, em um contexto de saúde centrado no médico, Michael Balint (1896-1970), um psicanalista e bioquímico húngaro, iniciou uma reavaliação dessa prática de assistência e cuidado. Ele avaliou a importância de valorizar o indivíduo assistido, concentrando-se inicialmente em sua avaliação médica, o que o impulsionou a publicar o livro "O Médico, Seu Paciente e a Doença" (1954) (Stewart et al., 2017).

A partir de então, Balint instigou outros pesquisadores a aprimorarem este atendimento centrado na pessoa. No Canadá, no departamento de Medicina de Família da Universidade de Western, Ontário, a aluna de doutorado Moira Stewart, sob orientação pelo médico professor Ian R. McWhinney, estudaram a relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico, em 1968, a importância de estabelecer atendimento com o foco na relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico. Posteriormente, essa valorização do usuário foi adaptada e aprimorada, como no livro “Medicina Centrada na Pessoa” escrito por Stewart e autores, que foi adaptado por outros pesquisadores com o passar das décadas, culminando em outras edições (Stewart et al., 2017).

Moira Stewart e Ian McWhinney conceituaram o modelo de atendimento centrado no paciente como Medicina Centrada na Pessoa (MCCP). Essa abordagem foi estruturada

em passos que, ao longo do tempo, foram adaptados a diferentes categorias profissionais da área da saúde, permitindo sua aplicação de forma horizontal e interdisciplinar. Nesse modelo, o profissional atua com base em seu conhecimento técnico, enquanto o usuário é valorizado em sua singularidade, considerando seu modo de vida e suas experiências, o que possibilita uma construção compartilhada do cuidado.

O primeiro princípio da MCCP consiste em compreender não apenas a doença, mas a experiência de adoecer. Isso implica que a equipe de saúde vá além dos dados objetivos, acolhendo as expectativas, percepções e conhecimentos que o próprio usuário tem sobre sua condição de saúde. A experiência subjetiva do paciente deve ser validada, assim como o impacto que o adoecimento provoca em sua vida cotidiana (Stewart et al., 2017).

O segundo princípio enfatiza a importância de compreender a pessoa como um todo. Essa compreensão vai além do diagnóstico médico, abrangendo aspectos como trabalho, cultura, contexto de inserção social, medos, desejos, limitações e outros determinantes sociais da saúde que influenciam diretamente no bem-estar do indivíduo. Nesse ponto, Stewart e colaboradores (2017) destacam ainda a relevância de considerar a presença da família e o contexto social do paciente, criando conexões que favoreçam a validação de sentimentos negativos e o fortalecimento do vínculo terapêutico.

Outro componente fundamental da MCCP é a elaboração conjunta de um plano de manejo dos problemas. Esse processo pressupõe uma interação efetiva entre usuário e profissional de saúde, configurando-se como uma aliança terapêutica. A construção do plano deve ser colaborativa, contemplando papéis bem definidos, expectativas mútuas, metas realistas e uma abordagem compartilhada para a resolução de problemas.

Consequentemente, o fortalecimento da relação entre profissional e usuário é um pilar essencial da MCCP. Esse princípio envolve tanto o autoconhecimento do profissional de saúde quanto a compreensão das necessidades do paciente. É fundamental que haja clareza sobre os papéis de cada parte envolvida, valorizando tanto a atuação profissional quanto a voz do indivíduo assistido. Essa valorização mútua contribui para uma prática mais empática, ética e efetiva (Stewart et al., 2017).

Demais categorias profissionais como a psicologia, também aderiram este atendimento, onde pode ser encontrado com outras nomeações, porém mantendo o princípio e objetivo inicial que é o usuário como centro de seu acompanhamento em saúde. Como Carl Rogers psicólogo norte – americano, que na década de 1960 desenvolveu a Psicologia humanista, também, chamada de terceira Força da Psicologia, nomeando-a

como Abordagem Centrada na Pessoa. Esta abordagem também teve como principal valor a percepção dos sujeitos, além da doença, como publicado em seu livro “Tornar-se Pessoa” (Rogers, 1961).

Dentro desse contexto compreenderam-se alguns elementos fundamentais tais como: experiência que a pessoa tinha; maneira como ela encarava o adoecimento e a necessidade de um cuidado (Rogers, 1980).

No Brasil, pode-se considerar que o referencial do CCU corrobora a integralidade que consiste em um princípio norteador e doutrinário do SUS, podendo ser vista como uma tática que busca oferecer um cuidado de saúde mais abrangente ao indivíduo. Por meio da integralidade busca-se a totalidade, que é definida como atenção completa aos aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais, que podem estar fragilizados, em todo o seu processo de adoecimento e acompanhamento em saúde. Isso implica em atendimentos que não se concentra somente na doença ou no diagnóstico, mas no indivíduo (Fontoura, Mayer, 2006).

No país a implementação do princípio de integralidade, estabelecido pela lei Orgânica de Saúde 8.080/90, que estabelece o SUS, se tornou essencial na saúde pública para garantir a qualidade de vida da população. No dia a dia dos serviços de saúde, os princípios de acolhimento, humanização, integralidade e cuidado se entrelaçam, tornando essencial ligá-los na prática para um atendimento integral. Conforme também indicado pela Política Nacional de Humanização (PNH), a extensão do atendimento e a humanização podem ser ampliadas com o CCU, mesmos que não explícitos na PNH, uma vez que envolve o usuário nas decisões sobre seu tratamento e atendem às suas preferências e necessidades (Brasil, 1990).

Desse modo, o CCU complementa a PNH, que surgiu em 2003, diante da necessidade de melhorar a qualidade no atendimento à saúde do usuário e proporcionar melhores condições aos profissionais da saúde.

O método clínico centrado na pessoa foi desenvolvido para lidar com a complexidade. Enquanto usa a lógica linear quando apropriado, sua essência é o entendimento da pessoa como um todo, um conhecimento de sua experiência com a doença e uma tentativa de se elaborar um plano de manejo comum. Esse plano comum é a chave do sucesso terapêutico, mas frequentemente difícil de ser obtido. Testa a habilidade do médico de motivar a pessoa por meio da resolução de objeções, resolvendo dúvidas, reduzindo medos e esclarecendo conceitos equivocados (Stewart et al., 2017 p. 56).

Assim a abordagem centrada no usuário pode ser usada nas organizações, dentro dos hospitais e em todos os lugares de atendimento em saúde, pois prioritariamente reflete o poder das relações interpessoais produzidas para gerarem crescimento. Portanto, não se restringe somente ao profissional psicólogo ou médico, podendo ser aplicada nas diversas práticas em saúde, sejam elas assistenciais, gerenciais, ou seja, com todos os membros da equipe (Stewart et al., 2017; Rogers 2002).

Considerando o conceito e as estratégias do CCU, sua aplicação é essencial nos serviços de nefrologia hospitalar, particularmente no tratamento de hemodiálise. Neste caso, a maioria dos usuários possui Insuficiência Renal Crônica (IRC), que requer tratamentos intensivos e de longo prazo. Portanto, a importância deste foco aumenta, diante essa necessidade de monitoramento contínuo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o termo insuficiência renal crônica refere-se a mudanças que impactam tanto a estrutura quanto a função dos rins, podendo estar associadas a várias causas e fatores de risco. Frequentemente, indivíduos com IRC necessitam de terapia renal substitutiva, como hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. Onde essa interação das vivências é fundamental para aperfeiçoar estratégias e elevar a qualidade do cuidado de saúde na nefrologia em ambiente hospitalar.

No que diz respeito ao setor de nefrologia, durante a hemodiálise, o usuário permanece conectado a uma máquina extracorpórea em média de quatro horas, três vezes por semana, a depender do quadro renal e prescrição médica. Segundo Marcelo Queiroga, Ex-ministro da Saúde no Brasil, em 2021 a média de serviços de saúde que atendiam usuários em tratamento de hemodiálise era de 723 estabelecimentos. O Sistema Único de saúde (SUS) oferece cerca de 26,3 mil máquinas de hemodiálise pelo país, contexto no qual a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) e a Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT) são exemplos de representações do Setor de Nefrologia (OMS, 2021; SBN, 2022).

Contemporaneamente, a IRC compõem uma parcela significativa de patologias no país. Dessa forma, a equipe de saúde que atende esses usuários possui grande importância, no processo de aceitação da doença, tratamento de hemodiálise e/ou o aguardo do transplante renal quando anteposto (KNIHS, et al., 2013).

Diante esta frequência no serviço de hemodiálise e o tempo de continuidade no acompanhamento em nefrologia, se faz necessário compreender medidas estratégicas para melhor enfrentamento e todo o processo do tratamento de diálise renal substitutiva. É

fundamental o profissional dos serviços de nefrologia criar uma relação agradável entre seus usuários para garantir a qualidade no atendimento e eficácia no processo de aceitação com aderência ao tratamento. Portanto o método do CCU representa em nefrologia, não só uma abordagem que prioriza as preferências e decisões do indivíduo, mas que compreende a especificidade destes usuários e seus diversos enfrentamentos para seguir o tratamento, buscando facilitadores neste processo (Smith et al., 2009).

O CCU facilita a adesão ao diagnóstico e tratamento de doenças, intervindo não somente na doença, mas também no contexto em que ela surgiu, atendendo as preferências e necessidades da pessoa, reconhecendo também os familiares como mediadores desse cuidado que é desenvolvido com respeito e dignidade (Antunes et al., 2018)

Destaca-se que para a implementação deste cuidado humanizado é fundamental para estabelecimento da interação eficaz de todos os profissionais de saúde que atuam no mesmo local, para também proporcionar um ambiente de trabalho favorável. Trabalhadores de saúde de todas as categorias atuando em conjunto, para benefício do usuário, melhor ambiente e facilitando a aplicação do CCU (Agreli, Peduzzi, Silva, 2016).

Assim, caracteriza-se o CCU com o envolvimento das pessoas nas decisões clínicas, cuidado individualizado, abordagem psicossocial, empatia profissional, bom vínculo e comunicação profissional associado ao respeito pelas preferências do usuário, além da corresponsabilização do cuidado (Ribeiro, Signor, Forgiarini, 2023).

Para tanto, diante da importância da participação dos usuários em seus acompanhamentos nos serviços de nefrologia, despertou-se o interesse em pesquisar sobre o CCU, considerando a perspectiva dos envolvidos, para responder a seguinte questão: Quais são os princípios do CCU aplicados na nefrologia hospitalar, com base nas experiências da equipe de saúde e seus usuários correspondentes?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as vivências da equipe de saúde e dos usuários acerca do Cuidado centrado no Usuário em um serviço de nefrologia hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características do Cuidado centrado no Usuário a partir das experiências dos usuários e profissionais de saúde;
- Analisar os princípios do CCU através dos relatos de vivências da equipe de saúde e seus usuários;
- Descrever as limitações para o CCU no contexto da nefrologia hospitalar.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO

O quadro teórico do CCU foi construído a partir dos estudos do MCCP (Stewart et al., 2017) e atenção centrada na pessoa, considerando as contribuições de Rogers (1951).

O livro "Medicina Centrada na Pessoa", de autoria de Stewart e autores, surgiram da necessidade de ajustar estratégias para o atendimento médico em uma universidade canadense, inicialmente voltada para a atenção à saúde da família. Com base nos resultados positivos em monitoramentos e respostas das pessoas ao processo de saúde e doença, o livro foi adaptado por outros pesquisadores ao longo das décadas, resultando em outras edições. (Stewart et al., 2017).

Os componentes do MCCP sumarizados por Stewart et.al. (2017) estão elucidados na Figura 1.

Figura 1. Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa

QUADRO 1.1 Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa	
1. Explorando a Saúde, a Doença e a Experiência da Doença:	<ul style="list-style-type: none"> • percepções e experiência da saúde, pessoais e únicas (significados e aspirações) • histórico, exame físico, exames complementares • dimensões da experiência da doença (sentimentos, ideias, efeitos no funcionamento e expectativas)
2. Entendendo a Pessoa como um Todo:	<ul style="list-style-type: none"> • a pessoa (p. ex., história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento) • o contexto próximo (p. ex., família, trabalho, apoio social) • o contexto amplo (p. ex., cultura, comunidade, ecossistema)
3. Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas:	<ul style="list-style-type: none"> • problemas e prioridades • metas do tratamento e/ou do manejo • papéis da pessoa e do médico
4. Intensificando a Relação entre a Pessoa e o Médico:	<ul style="list-style-type: none"> • compaixão e empatia • poder • cura e esperança • autoconhecimento e sabedoria prática • transferência e contratransferência

Fonte: Stewart et al. (2017, p. 36).

Portanto, esses quatro elementos, quando combinados, formam a base de um serviço centrado no indivíduo, que se complementam, com foco na pessoa que recebe cuidados de saúde. Ambos representam a apreciação do indivíduo que procura auxílio na área da saúde. (Stewart et al., 2017).

Com base nesses componentes citados, a pesquisadora notou a relevância de relacioná-los aos cuidados em nefrologia hospitalar. Portanto, é essencial entender alguns conceitos e significados em Insuficiência Renal Crônica antes, que serão abordados posteriormente.

3.2 CONCEITOS EM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Os rins são órgãos responsáveis por eliminar determinadas substâncias do corpo, por meio da diurese. Além disso, auxiliam na remoção de água e sais minerais e regulam o pH do sangue. Quando um indivíduo perde suas funções de maneira contínua, isso é conhecido como insuficiência renal crônica (IRC) (Rudnicki, 2014).

A IRC significa a perda progressiva e irreversível dos rins, estes que desempenham inúmeras funções, por exemplo, o processo de filtração do sangue, produção de alguns hormônios, equilíbrio hidroeletrolítico, regulação de PH entre outras. Assim quando há perda desta função renal, com comprometimento acentuado, função mínima proximal a 15 %, se faz necessário à realização de um tratamento renal substitutivo (SBN, 2023).

Na fase final da IRC, também chamada de fase terminal, os rins já não realizam suas funções, a qual é identificada como um problema global de saúde pública e, tal como em outras condições crônicas, sua presença está associada ao incremento do risco de complicações para essas condições (Rudnicki, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, atualmente existem algumas opções de tratamento para a insuficiência renal crônica (IRC) em estágio terminal, as quais, embora não estejam associadas à cura, visam garantir o acompanhamento contínuo do paciente e a manutenção de sua qualidade de vida. Entre essas alternativas terapêuticas, destaca-se a hemodiálise, um processo de filtração do sangue realizado por meio de uma máquina extracorpórea, conectada ao paciente por um acesso vascular, que pode ser uma fístula arteriovenosa ou cateteres. Esse procedimento, em geral, ocorre três vezes por semana em ambiente hospitalar, embora, a depender da condição clínica do indivíduo, possa ser necessário realizá-lo com maior frequência, inclusive diariamente. A conexão do paciente à máquina de hemodiálise deve ser realizada por um profissional de saúde qualificado, como um técnico em enfermagem, enfermeiro ou médico, garantindo a segurança e a eficácia do procedimento.

Outra modalidade de tratamento é a diálise peritoneal, que consiste em um processo de difusão e osmose entre o líquido peritoneal e uma solução específica, cuidadosamente selecionada conforme as necessidades individuais do paciente, a qual é infundida por meio de um cateter fixado ao peritônio. Para a realização da diálise peritoneal, é imprescindível que o paciente atenda a certos critérios clínicos e sociais, os quais serão avaliados por uma equipe de profissionais de saúde. Além disso, é necessário que o paciente disponha de um ambiente residencial adequado e de uma rede de apoio estruturada. Tanto o paciente quanto seus cuidadores devem ser treinados para a execução correta do procedimento em domicílio. Contudo, essa modalidade não exclui a possibilidade de que, em situações excepcionais, a diálise peritoneal seja realizada em serviços de saúde sob responsabilidade dos profissionais habilitados.

Por fim, o transplante renal constitui uma opção terapêutica importante, tratando-se da implantação cirúrgica de um rim compatível. Ainda que represente uma melhora significativa na qualidade de vida, o transplante não configura uma cura definitiva, uma vez que a insuficiência renal crônica é uma condição de natureza permanente. Assim, mesmo após o procedimento, o paciente transplantado deverá manter acompanhamento ambulatorial contínuo, a fim de garantir o controle da doença e o monitoramento da função do novo órgão.

Para compreensão dos relatos que fazem parte dos resultados desse estudo, é importante acrescentar que a máquina extracorpórea para tratamento de HD, é utilizada por todos os usuários entrevistados. A máquina em questão exige várias programações específicas, de acordo com o quadro e comorbidades do indivíduo atendido.

Ademais na área da nefrologia, há vários termos específicos, dentre eles o termo “Peso Seco”, que se refere ao peso corporal ideal da pessoa com IRC, ou seja, o peso em que o corpo está livre de excesso de fluídos (líquidos), geralmente obtido entre as sessões de diálise.

Um peso acima do peso seco indica excesso de líquido, enquanto um peso seco abaixo pode indicar desidratação. Manter o peso seco indicado pelo médico nefrologista (este calculado de acordo com altura e avaliação individual) é fundamental para evitar complicações, por exemplo, hipertensão, edema pulmonar, edemas periféricos e complicações cardíacas (Smith et al, 2009).

Para o monitoramento deste peso realiza-se a pesagem, por meio de uma balança antropométrica, nos dois momentos: pré-dialítico e pós-dialítico, para verificação da efetividade de cada sessão de hemodiálise. Este procedimento é realizado para prevenir o alto ganho de peso interdialítico (entre as sessões), por meio de medidas de cuidados alimentares e hídricos que precisam ser adotadas, como diminuição da ingestão hídrica.

Caso haja incoerência entre sessões interdialíticas, ocorrerá alto ganho de peso, que conseqüentemente aumentará a ultrafiltração (UF), ou seja, será necessário realizar a programação na máquina de HD para retirada deste excesso de líquido, assim, a probabilidade de intercorrências dialíticas seria maior.

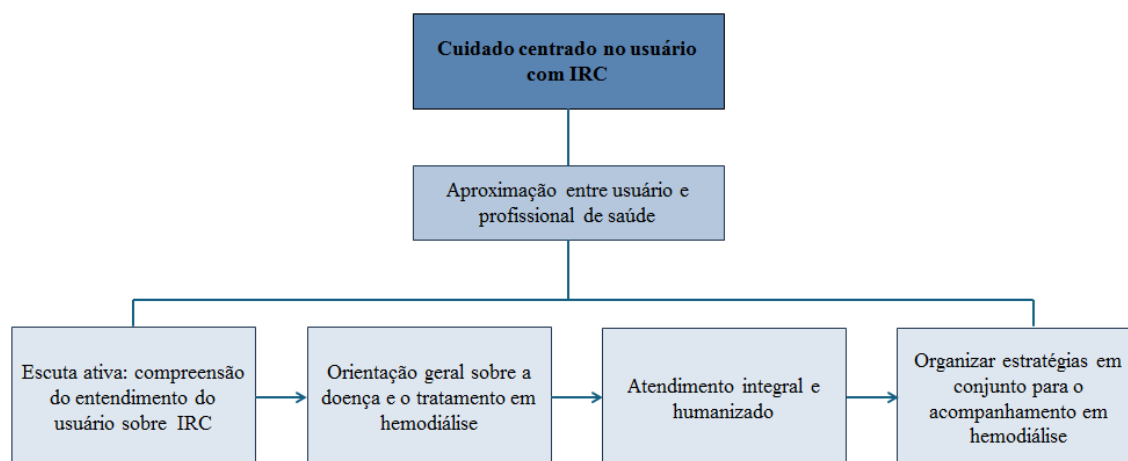
Para este enfrentamento e todo o processo do tratamento de diálise renal substitutiva, é fundamental o profissional dos serviços de nefrologia criar uma relação agradável com os usuários, para garantir a qualidade no atendimento e eficácia no processo de aceitação, com aderência ao tratamento. Portanto, o método de CCU representa em

nefrologia, não só uma abordagem que prioriza as preferências e decisões do indivíduo, mas compreende a especificidade dos usuários e seus diversos enfrentamentos para seguir o tratamento, buscando facilitadores neste processo (Smith et al., 2009).

Portanto, diante das complexidades e especificidades do setor de nefrologia, o processo de hemodiálise, requer o compromisso com a promoção da qualidade de vida ao indivíduo com IRC. A pessoa que necessita de terapia renal substitutiva fica vulnerável emocionalmente, devido à exigência de inúmeras mudanças no estilo de vida. Dentre estas mudanças a restrição hídrica e o ajuste alimentar para o controle de comorbidades, por exemplo, refletem na melhor qualidade de vida, mas para essas práticas se estenderem além dos setores de saúde, se faz necessário que os trabalhadores se relacionem de forma positiva e colaborativa com os envolvidos, mantendo a clareza e objetividade em todo o processo de acompanhamento em saúde, sempre explicando as terapias renais substitutivas e ensinando sobre os processos de assistência (Rudnicki, 2014).

A Figura 2 ilustra um modelo adaptado do Cuidado Centrado no Usuário (CCU), com base nas contribuições de Rogers (1980) e Stewart et al. (2017). Essa representação foi aplicada ao contexto dos serviços de nefrologia, evidenciando a integração entre as necessidades do paciente e as práticas de cuidado.

Figura 2. Modelo adaptado do CCU a partir da produção de Rogers (1980) e Stewart et al. (2017), aplicada em serviços de nefrologia.



Fonte: Adaptado de Rogers (1980) e Stewart et al. (2017).

Portanto, existem alguns fatores que facilitam a implementação do CCU na IRC durante a hemodiálise. A interação entre o usuário e o profissional de saúde é crucial para a

centralização deste cuidado, pois ao interagir ativamente com os profissionais de saúde, este usuário automaticamente promove diálogos que geram uma escuta ativa. Assim, o profissional de saúde pode avaliar o entendimento do usuário acerca do tema, bem como o seu conhecimento em IRC.

Em última análise, esses diálogos podem servir como facilitadores para os profissionais de saúde fornecerem orientações gerais sobre IRC e tratamento em hemodiálise, de maneira completa e humanizada, respeitando a autonomia do indivíduo em acompanhamento. Assim, o profissional é capaz de elaborar estratégias conjuntas para todo o acompanhamento em hemodiálise, melhorando também o seu ambiente de trabalho.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de análise temática qualitativa, à luz dos conceitos do Cuidado Centrado no Usuário (CCU) em equipe de saúde, com os usuários, no serviço de nefrologia em um hospital do interior paulista.

4.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de médio porte de um município do interior paulista, no setor de nefrologia, onde são atendidos usuários com Insuficiência Renal Crônica (IRC) e Insuficiência renal aguda (IRA). Sendo ofertado tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal.

O serviço de nefrologia da pesquisa possui aproximadamente 41 máquinas para a filtração extracorpórea, que são divididas em três salas maiores, denominadas pelos trabalhadores como salão, sendo salão “A”, “B”, e “C”, cada salão são atendidos doze usuários por turno, ou seja, há doze máquinas disponíveis para o tratamento. Também possuem dois salões menores denominados “E” e “D”, com duas máquinas cada.

Na sala E na maioria das vezes são atendidos usuários com diagnóstico de HIV e/ou Hepatites B e C. Já na sala D são assistidas pessoas que estão em internação no hospital, ou com quadro mais comprometido, assim este espaço possui leitos para melhor comodidade dos usuários, diferentemente dos demais salões que possuem apenas poltronas para atendimento dos usuários. Ademais, o setor também possui uma máquina adicional, para substituições e/ou hemodiálise beira leito que pode ser utilizada na Unidade de terapia intensiva (UTI).

Assim, a equipe de enfermagem alterna-se regularmente entre esses salões, geralmente a cada mês, o que significa que há um rodízio entre os profissionais de enfermagem do mesmo turno, que incluem técnicos e enfermeiros. Onde cada enfermeiro fica responsável por um salão e outra atribuição, quando: responsável pelo salão A, também será pelo salão E; responsável pelo salão B, também será pelas hemodíalises externas nas UTI's; o (a) responsável pelo salão C, também será responsável pela sala D e sala de atendimento de assistência de urgências/ emergências.

Os técnicos em enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento de até quatro usuários em HD, assim mínimo de três técnicos em enfermagem por salão. Quando há

turnos com usuários em maiores complexidades, um técnico em enfermagem é escalado a mais, para suporte no salão. Portanto, de acordo com a avaliação do enfermeiro responsável pelo respectivo salão. Exceto sala D e E, pois somente dois usuários, assim são escalados um técnico em enfermagem por mês, com suporte do enfermeiro responsável.

Referente à jornada de trabalho, os enfermeiros graduados atuam de segunda-feira a sábado, tendo um turno com três enfermeiros das 04:30h às 12:40h, outro turno com três enfermeiros das 12:30h às 20:40h. Também, há uma enfermeira que atua como coordenação do serviço de nefrologia hospitalar, esta com jornada das 08:00h às 17:00h, de segunda a sexta- feira. Todos com 60 minutos de descanso, em seu respectivo turno.

Quanto aos profissionais técnicos em enfermagem, a jornada de trabalho segue aos dos enfermeiros graduados de segunda- feira a sábado, exceto para dois trabalhadores que foram contratados com jornada de 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso, sendo das 07:00h às 19:00h, alternando dias entre estes dois trabalhadores. Estes atuam exclusivamente no tratamento dialítico de pacientes em internações de unidade de terapia intensiva (UTI), em alguns casos esporádicos, no tratamento de hemodiálise de usuários em internação hospitalar, atuando assim aos domingos conforme escala de trabalho.

Existem três turnos de sessões de hemodiálise ao dia sendo das 05:00h às 09:00h, outro 10:30h às 14:30h, o ultimo das 16:00h às 20:00h. Com usuários fixos em seus turnos, com frequência de sessões para todos os usuários aos dias de segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira; outros de terça-feira, quinta-feira e sábado, onde maioria com sessões de três vezes na semana.

4.2 PARTICIPANTES

Para o estudo, foram convidados os trabalhadores da equipe de saúde do setor de nefrologia, incluindo todas as categorias profissionais, que possuíam graduação, e formação técnica, como os técnicos em enfermagem. Sendo assim: enfermeiros, médicos, nutricionista, psicóloga, assistente social e técnicos em enfermagem. Também foram convidados, os usuários que frequentam o serviço de nefrologia em questão e apresentam o quadro clínico de IRC.

Este estudo foi relacionado exclusivamente ao tratamento de hemodiálise aos usuários com IRC. No local, aproximadamente 225 usuários são submetidos à hemodiálise, assistidos por 46 trabalhadores de diversas categorias profissionais.

Como critérios de inclusão para os profissionais de saúde, considerou-se todos que atuava no setor há mais de seis meses, podendo ter graduação, como enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Também foram considerados aqueles que tinham formação técnica em enfermagem.

Para os usuários foram inclusas pessoas com IRC que já haviam realizado no mínimo dez sessões de tratamento dialítico, com mais de 21 anos de idade, sem especificação de gênero ou escolaridade.

Em relação aos critérios de exclusão para a equipe de saúde, foram excluídos os profissionais que estavam afastados ou em período de férias, e os usuários que estavam em tratamento de diálise peritoneal, bem como aqueles em hemodiálise com IRA.

Participaram do estudo 12 profissionais de saúde. Conforme a caracterização descrita no Quadro 1:

Quadro 1. Caracterização dos profissionais de saúde que participaram do estudo

Trabalhador	Masculino	Feminino	Idade (Anos)	Escolaridade	Tempo no Setor
Assistente Social	0	1	47	Graduação	8 meses
Enfermeiro	2	3	25 a 32	Pós-Graduação	3 a 6 anos
Médico	1	0	51	Doutorado	5 anos
Nutricionista	0	1	33	Pós-Graduação	3 anos
Psicólogo	0	1	26	Pós-Graduação	11 meses
Técnico em Enfermagem	0	3	26 a 34	Técnico	2 a 4 anos
Total	3	9	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

Vale ressaltar que no setor que há apenas um profissional de cada categoria a seguir, sendo: nutricionista, psicóloga e assistente social. Oito usuários participaram do estudo, sendo estes adultos com mais de 21 anos e idosos de até 77 anos, conforme a caracterização descrita no Quadro 2:

Quadro 2. Caracterização dos usuários que participaram do estudo

Usuários	Masculino	Feminino	Idade (Anos)	Escolaridade	Tempo HD
Usuário 1	-	1	26	Ensino Médio Completo	4 anos e 6 meses
Usuário 2	-	1	45	Ensino Médio Completo	3 anos e 6 meses
Usuário 3	1	-	69	Ensino Fund. Incompleto	3 anos
Usuário 4	1	-	66	Superior Completo	8 anos e 11 meses
Usuário 5	-	1	68	Pós-Graduação	1 ano
Usuário 6	1	-	64	Ensino Fund. Incompleto	5 anos
Usuário 7	-	1	43	Ensino Médio Completo	7 anos e 10 meses
Usuário 8	1	-	77	Técnico	5 anos
Total	4	4	-	-	-

Fonte: Arquivo da pesquisadora

Assim totalizaram 20 participantes, sendo: 12 profissionais de saúde e 8 usuários com IRC do serviço de nefrologia hospitalar.

4.3 COLETA DE DADOS

Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com questões para caracterização dos participantes e perguntas disparadoras. Para Moré (2015), na entrevista semiestruturada o pesquisador, diante de uma temática norteadora, e tendo uma referência principal, realiza outras indagações na busca da compreensão do que o participante está narrando. Ou seja, indagações em torno de um questionamento norteador, que tem por objetivo a busca de sentido para o pesquisador em relação à pergunta.

As entrevistas ocorreram em julho de 2024, ao longo de cinco dias. A coordenação do setor foi previamente informada sobre o tema da pesquisa e a estrutura das entrevistas, assim como sobre seus aspectos éticos. Assim, a coordenadora do setor comunicou aos trabalhadores e usuários sobre o estudo, e posteriormente alguns manifestaram interesse. Em seguida, a coordenação comunicou à pesquisadora sobre os que demonstraram interesse em participar. Por fim a pesquisadora estabeleceu dias e horários com os mesmos.

Durante a coleta de dados, a presença da pesquisadora despertou interesse dos usuários e profissionais do setor, sendo que outras pessoas além das indicadas pela coordenadora tiveram a oportunidade de participar das entrevistas.

Os profissionais de saúde responderam perguntas em relação às atividades exercidas no trabalho relacionadas ao cuidado, a rotina de trabalho da instituição de saúde,

potencialidades e dificuldades para o cuidado dos usuários, características e estratégias empregadas, percepções e expectativas em relação a esse cuidado (Apêndice I).

Os usuários responderam perguntas sobre sua vivência no setor de nefrologia, suas oportunidades de participação na tomada de decisão sobre seu próprio cuidado; percepções e expectativas em relação ao CCU (Apêndice II).

Para a coleta de dados foi realizado contato com os profissionais e usuários com agendamento prévio. As entrevistas foram realizadas pessoalmente em sala reservada no setor de nefrologia com a presença da pesquisadora e do entrevistado e duração de 10 a 30 minutos. Os dados das entrevistas foram gravados mediante o consentimento dos participantes e integralmente transcritos por empresa terceirizada.

4.4 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados desta pesquisa foi orientada pelo referencial teórico do Cuidado Centrado no Usuário (CCU), sendo conduzida por meio da metodologia de Análise Temática (AT), conforme proposta por Braun e Clarke (2016). Essa abordagem metodológica é amplamente utilizada em estudos qualitativos por sua flexibilidade e por possibilitar uma compreensão aprofundada das experiências dos participantes, bem como a identificação de padrões significativos em seus relatos. A AT permite, portanto, explorar os significados presentes nas narrativas, opiniões, percepções e vivências dos sujeitos da pesquisa, favorecendo uma leitura crítica e reflexiva do material empírico.

Primordialmente, dedicou-se à fase de familiarização com os dados, momento no qual ocorreu o primeiro contato com o material coletado. As entrevistas gravadas foram escutadas com atenção, e suas falas transcritas na íntegra, o que possibilitou uma leitura ativa e reiterada dos discursos. Essa etapa foi basilar para captar os sentidos mais amplos das falas e começar a delinear possíveis interpretações dos conteúdos emergentes.

A etapa seguinte consistiu na geração de códigos iniciais. Nesse momento, os dados foram analisados minuciosamente, e trechos relevantes foram destacados e codificados com base em sua pertinência ao objeto da pesquisa. A codificação possibilitou a fragmentação do conteúdo em unidades menores de significado, que mais tarde serviriam de base para a formação de temas.

Com os códigos organizados, iniciou-se a busca por temas. Essa fase envolveu o agrupamento dos trechos codificados em conjuntos com características semelhantes, com o

objetivo de identificar padrões recorrentes nas experiências dos participantes. Os temas iniciais foram então organizados em categorias que refletiam aspectos centrais dos relatos, sempre em consonância com os objetivos da pesquisa. Essa estrutura preliminar passou, posteriormente, por um processo de revisão.

A revisão dos temas constituiu uma etapa crítica e analítica, na qual as categorias foram reavaliadas com o intuito de garantir sua relevância e coerência teórica com o estudo. Durante esse processo, alguns temas foram expandidos para melhor refletir a complexidade das falas, enquanto outros, que não apresentaram suporte suficiente nos dados, foram descartados. Essa reorganização buscou assegurar que as categorias fossem representativas das experiências dos participantes e que estivessem alinhadas com o referencial do CCU.

Na fase de definição e nomeação dos temas, as categorias foram refinadas e nomeadas a partir da análise das similaridades e divergências entre os relatos. As categorias temáticas e subtemáticas emergiram como resultado da interpretação dos significados atribuídos pelos sujeitos, respeitando a singularidade de cada experiência, mas também evidenciando pontos de convergência entre os entrevistados.

Por conseguinte, a produção do relatório constituiu a etapa de sistematização e escrita dos resultados da análise. As categorias identificadas foram discutidas à luz do Cuidado Centrado no Usuário, explorando suas implicações para a prática profissional e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado. Essa etapa final não apenas apresentou os achados, mas também promoveu uma reflexão crítica sobre os significados construídos ao longo do processo analítico, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre a experiência dos usuários nos serviços de saúde, especialmente no contexto da nefrologia.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados, onde o projeto foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. Após, os participantes foram incluídos mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias (Anexo 1 e 2), cumprindo a Resolução número 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados obtidos foram utilizados apenas para os fins que são próprios da pesquisa,

sendo firmado o compromisso de manter sigilo quanto à identidade dos participantes na divulgação dos dados da pesquisa.

A entrevista foi conduzida em ambiente reservado e tranquilo, de forma individual, em sala reservada no hospital em estudo, com preservação sigilo e anonimato. O áudio da entrevista foi gravado, com gravador de voz, não fazendo uso de imagem e demais dados de identificação, cuja gravação foi arquivada pelo pesquisador e mantida em sigilo ético legal (A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD- nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Todas as respostas foram tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento foram divulgados os nomes em qualquer fase do estudo.

5 RESULTADOS

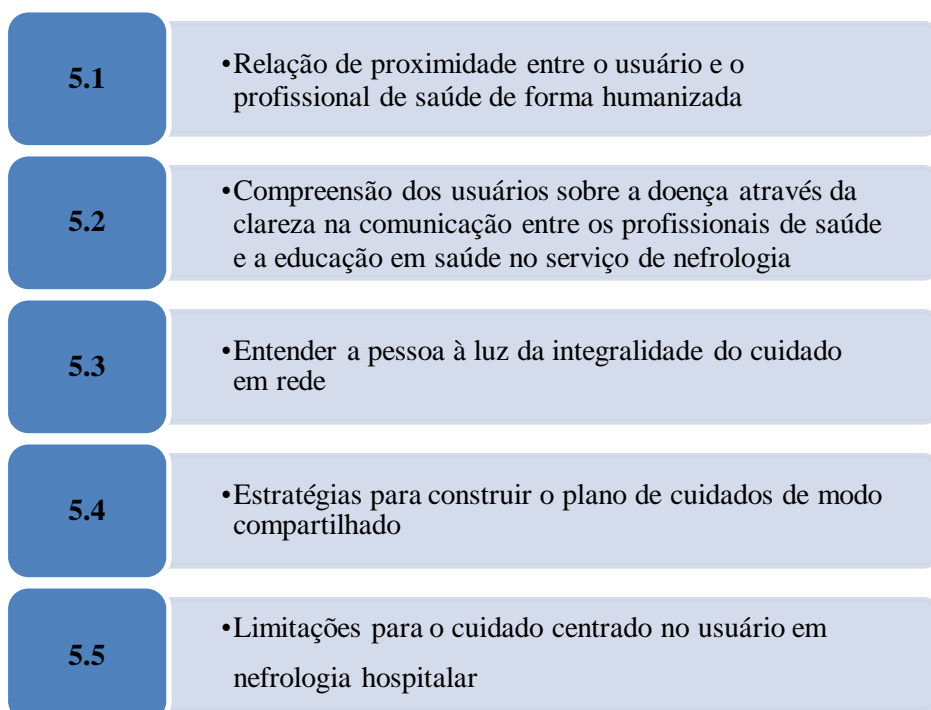
Os resultados desta pesquisa tratam dos relatos dos usuários e profissionais de saúde do serviço de nefrologia hospitalar. Foram realizadas 20 entrevistas que possibilitaram a construção de cinco categorias temáticas, apresentadas com excertos dos relatos dos participantes.

Os usuários entrevistados participam de sessões dialíticas três vezes por semana, e em alguns casos, até diariamente. Ademais os achados também descrevem aspectos relacionados à programação da máquina de HD, baseada na avaliação prévia de cada usuário monitorado por profissionais de saúde no setor.

Devido as similaridades entre os relatos dos usuários e profissionais entrevistados, os achados são apresentados de modo integrado, com excertos de ambos.

As vivências relatadas pelos usuários nas entrevistas resultaram em descrições que foram sintetizadas em categorias temáticas, que serão detalhadas a seguir.

Figura 3. Categorias das entrevistas sobre vivências no setor de nefrologia hospitalar, associadas às características do CCU. São Carlos, 2024.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

5.1 RELAÇÃO DE PROXIMIDADE ENTRE O USUÁRIO E O PROFISSIONAL DE SAÚDE DE FORMA HUMANIZADA

Esta categoria ressalta as experiências relatadas pelos participantes que podem demonstrar a proximidade entre o profissional de saúde e o paciente, bem como a maneira como eles percebem e incentivam essa interação. Os depoimentos indicam que o usuário manifesta seus pensamentos e sentimentos quando se sente protegido e conhece a pessoa que o atende.

Os excertos a seguir revelam uma relação de proximidade e confiança recíproca entre os usuários em HD e os profissionais de saúde. As vivências apresentadas expressam como as interações ultrapassam o tratamento técnico, incluindo elementos emocionais e sociais, o que representa a importância de intensificar as relações e construir vínculos.

[...] tem um diálogo grande entre elas e com a gente (com a equipe de enfermagem) [...] tem abertura, inclusive, elas perguntam para a gente se passou bem em casa, essas coisas. O que acontece com a gente em casa a gente acaba passando para elas. [...] Elas não desligam da gente, elas estão sempre atentas, sempre olhando, é uma família mesmo (Usuário 3).

Acho que a maioria das experiências que a gente tem aqui na nefro por ser pacientes com quem a gente cria um vínculo, quando alguém nos agradece mesmo por estar aqui diariamente, ou por algum processo que eles passam em casa, as vezes por problemas de casa, pacientes pedem conselhos, a gente consegue estar junto, a gente, consegue aconselhar [...] (Enfermeira 3).

Observa-se uma aproximação entre os discursos do usuário e da equipe de enfermagem. O usuário 3 relata que para fortalecer sua relação, ou seja, se sentir mais à vontade e seguro para conversar e compartilhar suas emoções e eventos fora do ambiente hospitalar, o primeiro passo do profissional de saúde é iniciar um diálogo, perguntando sobre assuntos além do seu tratamento, como por exemplo, como foi em sua casa, se tem algo a compartilhar. Observa-se também que ele se sente protegido com a proximidade e a presença desses profissionais, com quem constrói vínculos.

Já a enfermeira 3 ressalta que um dos elementos cruciais para a sua prática diária é estabelecer conexões entre os profissionais de saúde e os pacientes. Ela destaca que ao longo do tempo, estabelece uma relação de confiança e apoio emocional, onde os profissionais costumam ser vistos como referências, não apenas no campo da saúde, mas também em questões pessoais e emocionais. Destaca a importância de conversas sobre assuntos além do ambiente hospitalar, como a importância do profissional em manter um

diálogo com o paciente, valorizando aspectos vivenciados em sua casa, mesmo sentido que evidencia o discurso do usuário 3.

[...] eles se comunicam bem porque no caso eles passam no salão na hora da sessão e eles indagam a cada paciente, perguntam, pelo menos, para mim, é perguntado se eu estou necessitando de alguma coisa, se eu preciso de algo, se tem algo que eu queira dar alguma sugestão, para mim sempre é perguntado, tanto a assistente, a psicóloga, o próprio médico, a enfermeira. Então, eles sempre estão questionando isso da gente, de mim, eu posso falar que eu sou sempre questionada se preciso de algo (Usuária 7).

A entrevistada descreve que há uma boa comunicação com os profissionais, onde grande parte da interação acontece na passagem de plantão que é realizada durante o tratamento de hemodiálise, quando estão conectados à máquina de HD, momento oportuno para interação e questionamentos, abertura para sanar dúvidas e sugestões em seu tratamento. Essa comunicação ocorre entre diversos membros da equipe, como assistente social, psicóloga, médico e enfermagem. Reforça estes apontamentos e indagações sobre seu acompanhamento em hemodiálise, a promoção de um ambiente de diálogo aberto, gera confiança e respeito a suas autonomias.

Conforme estes vínculos são criados, para os participantes há uma abertura de interações rotineiras no convívio no setor, o que exemplifica essa relação intensificada e humanizada proposta para a aplicação do CCU, mesmo que não exista uma orientação no setor sobre seus métodos de uso. Aspecto descrito no relato a seguir pela técnica em enfermagem.

Eu acho que o nosso cuidado não é só técnico [...]. Quando vai ligar, a gente pergunta se está tudo bem, como que foi o final de semana, e muitos deles se abrem com a gente. Alguns deles não têm... por exemplo, o papel também que a nutricionista faz, a gente também atua em conjunto com ela, por exemplo, um nome fictício, "Seu José, você precisa comer menos feijão porque tem muito fósforo". Dando... não digo conselhos, mas uma aulinha para eles do que eles podem e no podem. [...] Acho que na conversa, no ajudar ao andar deles, que é uma coisa que seria o passo de um fisioterapeuta que a gente não tem aqui, mas alguns deles também precisam do auxílio ao andar e essas coisas (Técnica em enfermagem 2.)

A técnica de enfermagem dois faz perguntas durante procedimentos técnicos específicos, como por exemplo, como foi o fim de semana do indivíduo, com o objetivo de aliviar o estresse, promover uma interação mais eficaz e intensificar essa relação. Declara que já utiliza o tempo em seu benefício e dá orientações cruciais para a adesão ao

tratamento, como a restrição alimentar. Em outras palavras, com essa primeira interação, ela consegue destacar aspectos cruciais para o acompanhamento na hemodiálise, o que evidencia a importância de intensificar essa relação, conforme todos os relatos anteriores que se complementam, descrevendo o fato de interagirem com questões além de hospitalares, mas também abordando assuntos importantes para o convívio e adequações no ambiente de nefrologia.

5.2 COMPREENSÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A DOENÇA ATRAVÉS DA CLAREZA NA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA

Esta categoria mostra que os profissionais da nefrologia buscam entender e escutar o que os usuários sabem sobre seu acompanhamento de saúde, quais são suas expectativas e limitações compreender desse modo, compreendem seu conhecimento, contexto intra-hospitalar e extra-hospitalar. Os achados evidenciam a importância de a pessoa compreender sua doença, a IRC, tratamento e estratégias para minimizar seus sintomas, aspectos que contribuem para redução de complicações dialíticas e possibilidade de melhor qualidade de vida a este.

Os relatos seguintes ressaltam a importância de um atendimento focado na pessoa, o que envolve uma troca contínua de informações e retornos entre a equipe de saúde e o usuário, com reconhecimento da importância da participação da família. A receptividade ao diálogo, a clareza nas explicações e o envolvimento ativo do paciente são componentes cruciais para a efetividade do cuidado. A interação bidirecional reforça a conexão entre usuário e o profissional de saúde, estabelecendo um ambiente de confiança e cooperação.

Portanto, os relatos evidenciam que a estratégia do CCU, depende da equipe e do engajamento do usuário no processo de cuidado, com ambos colaborando para obter melhores resultados de saúde e bem-estar. O que é descrito pelos entrevistados a seguir que mencionam que os usuários possuem seu lugar de fala no setor.

Se precisar falar, deixa falar, eles não reclamam { profissionais de saúde}. [...] Traz alguma coisa, precisando alguma coisa eles pedem a opinião da gente. [...] Eles explicam bem, a gente pede a informação e eles explicam bem para a gente, principalmente as enfermeiras. [...] (Usuário 6).

Agora, não com todos porque o cuidado central com o paciente, a gente precisa de uma mão dupla, precisa do paciente, precisa da equipe precisa e da equipe de liderança também. E a equipe multi. Então, se nós abraçarmos, todos nós abraçarmos a causa, conseguimos centralizar o paciente, mas se só a equipe dá e o paciente não traz... a gente precisa dos feedbacks deles (Enfermeiro 4).

O comparativo entre os relatos do usuário 6 e o enfermeiro 4 se fez crucial para destacar que ambos entendem a importância de o usuário compreender sua patologia e todo tratamento envolvido, valorizando o diálogo indispensável entre usuários e profissionais para construção da humanização no cuidado.

Este usuário sugere que os profissionais da área da saúde, principalmente as enfermeiras, estão abertos à comunicação e prontos para ouvir o que o paciente tem a expressar. Isso é um aspecto positivo, pois evidencia a valorização da opinião do paciente. O orador destaca que os profissionais de saúde não se limitam a prestar assistência, mas também procuram a perspectiva do usuário quando necessário. Isso evidencia uma estratégia de colaboração, na qual o usuário é considerado um colaborador no processo de assistência. Esta interação pode potencializar o sentimento de autonomia do paciente e enfatizar a relevância de sua visão no processo decisório sobre sua saúde.

Conforme o trecho do usuário 6 "Eles explicam bem, a gente pede a informação e eles explicam bem para a gente, principalmente as enfermeiras". Ressalta a competência dos profissionais de saúde, particularmente das enfermeiras, em transmitir informações de maneira clara e compreensível. A habilidade de explicar adequadamente é vital no âmbito da saúde, uma vez que auxilia os usuários a compreenderem suas condições e cuidados requeridos. Isso também indica que os profissionais de enfermagem têm um papel crucial na educação e assistência ao paciente, algo crucial para o tratamento e para a satisfação geral com o serviço prestado.

Assim, no geral, o usuário destaca a relevância da escuta ativa, da colaboração e da clareza na comunicação, componentes cruciais para um atendimento focado no usuário e que favorecem uma experiência mais satisfatória no acompanhamento em saúde.

No caso da enfermeira quatro, ela menciona a compreensão do CCU, ressaltando a relevância da responsabilidade compartilhada no próprio cuidado. No caso dela, ela destaca a necessidade de interação entre o usuário e a equipe para alcançar bons resultados. Quando isso ocorre, eles conseguem focar no cuidado ao paciente, deixando claro que quando não há uma participação positiva desses usuários no cuidado, torna-se complicado, ou seja, descreve que é importante o usuário conhecer o seu papel em seu

acompanhamento, pois ao compreender sua experiência e compartilhar, facilita o atendimento e a resposta da equipe.

Para ela se somente os trabalhadores se empenharem, mas o paciente não participar ou não oferecer retorno, o atendimento pode não ser tão eficiente. Assim, a comunicação e o trabalho conjunto entre usuários, profissionais de saúde e líderes são fundamentais para um serviço de excelência.

Como no caso da Usuária 1 que relata que consegue interagir para poder entender mais sobre a doença e descrever suas experiências durante todo o processo, por meio do diálogo.

Eu sou muita opinião. Então, por exemplo, se a gente tem muito diálogo, como eu disse, se eu vejo que algo vai interferir na minha sessão de diálise, por exemplo, eu pego e converso, é uma troca. Eu pego e converso, assim vai (Usuária 1).

Para a entrevistada, a troca de informações é essencial para assegurar sua confiança na terapia. Assim, é evidente que as inquietações e necessidades expressas pela pessoa devem ser consideradas, respeitando sua autonomia. Portanto, ter atenção cuidadosa aos aspectos mencionados antes da sessão de diálise contribui para a eficácia e qualidade do tratamento. Quando o paciente relata, antes da sessão, a presença de sinais e sintomas, ou qualquer alteração clínica, se a equipe estiver uma escuta atenta essas informações, ela pode oferecer uma atenção mais completa. Em alguns casos isso pode levar a realização de ajustes nos parâmetros da máquina, visando o agravamento de alterações clínicas e, com isso, promover uma experiência de hemodiálise mais satisfatória.

Ela destaca que, ao perceber que algo pode interferir na sua sessão de diálise, se sente à vontade para discutir o tema. Isso sugere que ela tem um papel ativo na sua saúde, buscando garantir que suas necessidades sejam atendidas. A troca de dados e perspectivas é fundamental para que ela se sinta protegida e segura durante o tratamento. Em resumo, o relato enfatiza a importância do diálogo na construção de um cuidado mais personalizado e eficaz.

Como complementariedade da importância da compreensão de seu estado de saúde e todo processo de acompanhamento, a psicóloga apresenta uma narrativa que enfatiza a necessidade de a equipe esclarecer todo o processo da doença, enfatizando que a IRC não tem cura, mas que com o acompanhamento e tratamento são abertas possibilidades de

melhor qualidade de vida e no caso da hemodiálise pode-se evita o risco de morte. Além disso, ressalta que o transplante não isenta a equipe da responsabilidade de manter um acompanhamento de saúde eficaz e que o indivíduo se sinta amparado em sua trajetória.

Eu acho importante primeiro eles conhecerem a doença, o que é a doença, porque muitos deles vêm na expectativa de fazer por um tempinho e depois retomar a vida. Então, ter o conhecimento do que é, que esse tratamento vai ser para a vida toda, que é um tratamento não é uma cura. Mesmo a questão do transplante. Eles colocam como cura e não é uma cura e tendo esse conhecimento, podendo optar por onde puncionar, que horas, mais ou menos, eu acho que isso dá autonomia para eles também e é importante trabalhar na questão do autocuidado com eles, porque não é só aqui, não é só vir na máquina fazer e depois ir embora, tem toda a questão da nutrição, ingestão de líquidos, dos medicamentos e a parte psicológica também no sentido de dar apoio e adaptação porque eles mudam totalmente a rotina, a vida, no geral. Então, a psicologia também auxilia nessa parte de criar estratégias para lidar no dia a dia. Então, é importante ser um agente ativo e dá essa possibilidade de eles serem ativos nesse processo [...] os pacientes em que a família fazem parte, que a família está sempre ativa, buscando saber, até telefonam, por que às vezes fica difícil para os familiares virem até aqui. Então, quando a família faz parte do processo, eu acho que facilita muito, coloca o paciente com uma pessoa mais ativa no autocuidado, na rotina e tudo mais. Então, são os que a família participa mais. [...] Então, eles não sentem que precisam de ajuda, tanto psicológica, assistente social, da nutricionista e a família já passa uma outra visão para a gente. Então, nós vamos meio que tentando trabalhar com ele fazer essa aceitação, essa aproximação, para chegar ao ponto de falar, eu realmente preciso. Então vamos trabalhar isso. [...] Então, é o conjunto, sem a família, sem o paciente, sem a equipe não funciona (Psicóloga).

O que fica elucidado nestes relatos é o fato de que primeiramente mencionam que é importante ouvir os usuários analisar o seu entendimento em saúde, suas limitações e posteriormente, conforme o relato da psicóloga se faz importante explicar e orientar, caso este desconheça algo dentre o percurso, deixando evidente a clareza de papéis de cada membro da equipe e dos usuários.

Referente à visão da psicóloga, sendo a única de sua categoria na equipe, ela nota que muitos usuários esperam que a hemodiálise seja um tratamento passageiro, não entendem que se trata de algo sem cura definitiva. Esta sensibilização é crucial para proporcionar aos atendidos no serviço, controle sobre suas decisões, tais como exemplificados, relacionado à punção e ao regime terapêutico. Além da importância em promover o autocuidado, tratando não somente da questão em hemodiálise, mas elementos fundamentais como alimentação, consumo de líquidos, medicamentos e suporte psicológico. Onde menciona que a mesma como psicóloga, auxilia em criar estratégias para os envolvidos lidarem no dia a dia.

A profissional de psicologia também destaca a relevância do autocuidado, que transcende o tratamento médico. Isso engloba elementos como, por exemplo, alimentação, hidratação, e assistência psicológica. Ela defende que, com um entendimento mais aprofundado de sua condição, os pacientes podem se tornar mais independentes e envolvidos em seu tratamento, o que é crucial para sua adaptação e conforto.

Destaca o suporte e a participação familiar como parceiros neste acompanhamento de saúde. Além de a equipe auxiliar no estímulo ao usuário para participar ativamente em seu cuidado, ela também convoca a família para contribuir. Adicionado do apoio da equipe interdisciplinar atuando como pontes neste processo. Portanto, ficou notório que a equipe atua de forma ativa como facilitadora, convidando o usuário e seus familiares a participarem deste processo. Quando por algum comprometimento de saúde este usuário não consegue participar de forma ativa e opinar sobre seu atendimento, a profissional destaca a importância do envolvimento familiar, deste compreender e entender sobre hemodiálise.

Portanto, ressalta-se a importância de uma compreensão clara da doença, a relevância do autocuidado e a função crucial da família e dos profissionais de saúde na trajetória do paciente. Outra referência da importância da adesão familiar em conjunto com os usuários é notada no relato da nutricionista, que enfatiza que o acolhimento da equipe multiprofissional se faz diferencial, desde o início da inserção no setor de nefrologia.

[...] quando o paciente inicia na hemodiálise, a gente traz a família do paciente, a gente faz acolhimento aqui com equipe multi e a gente fala para ele, de forma que ele tenha as opções que vai ter nutricionista, vai ter psicóloga, vai ter assistente social que vai olhar essa assistência para ele e fica à disposição. A gente passa nos salões e sempre que tiver alguma demanda a gente chama o familiar para acolher e fora isso a gente tem as atividades que a gente faz, dados colaborativos, a gente tenta também acolher eles de alguma forma, a gente muda um pouco o cardápio para acolher um pouco eles também nessa parte, para sair um pouco mais da rotina também. Então, sempre quando tem alguma festividade, ou alguma coisa, a gente faz uma lembrancinha ou um cardápio diferenciado para eles se sentirem querido, lembrados, de alguma forma (Nutricionista).

Outra característica do serviço da nutricionista é a sua disponibilidade para diálogos e sugestões, especialmente ao adaptar cardápios, com o objetivo de tornar a experiência no setor mais prazerosa e permitir a participação ativa do usuário. Referem-se a celebrações, comemorações e elaboração de recordes que contribuem para a valorização dos usuários, um método de humanização usado pela equipe que promove um ambiente mais receptivo e

solidário. Citados pela mesma como exemplo de interagir e facilitar essa interação para abertura dos mesmos e explorarem o seu atendimento.

Por fim, o entendimento do CCU no serviço de nefrologia hospitalar, através dos entrevistados citados anteriormente, consiste em uma estratégia integral que valoriza o conhecimento, a independência, o autocuidado, o suporte psicológico e a contribuição da família, entendendo que todos esses componentes são fundamentais para um tratamento eficiente e para a qualidade de vida do usuário.

5.3 ENTENDER A PESSOA À LUZ DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM REDE

Esta categoria mostra que a compreensão da pessoa à luz da integralidade do cuidado envolve a compreensão da complexidade de suas necessidades de saúde considerando a necessária integração com outras especialidades, equipes e serviços de saúde na rede de atenção. O cuidado é orientado pelas necessidades de o usuário apresenta e a equipe demonstra o compromisso com a construção da sua linha de cuidado na rede de atenção.

O relato da enfermeira 2 destaca a importância de considerar o paciente em sua totalidade, abrangendo suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Isso pode fazer uma grande diferença no acompanhamento em saúde, minimizando complicações e agravos à saúde. Além disso, a enfermeira ressalta que os serviços de nefrologia devem ir além do tratamento específico da doença renal, oferecendo suporte integral e coordenando o fluxo de cuidados entre diferentes serviços da rede de atenção à saúde, incluindo encaminhamentos e acompanhamento contínuo.

[...] o paciente em âmbito da hemodiálise no nosso setor tem todas as dúvidas e ele traz tudo para a gente. Então, por exemplo, se ele vai fazer um tratamento odontológico, ele traz uma carta na qual ele precisa fazer uma extração dentária, extração do dente, e se o nefrologista pode autorizar esse tipo de extração. O odontologista prescreveu um antibiótico e ele precisa saber se pode fazer aquele antibiótico ou eu preciso encaminhá-lo para um gastroenterologista porque ele tem uma azia, uma queimação, um possível refluxo e eu preciso de um diagnóstico, mas isso é fácil. A gente está sempre aberto porque eles trazem muito, e nós damos muito. Então eu preciso de exames nossos que são rotineiros na cardiologia, que ele vai até a UBS, então eu o encaminho para a UBS. É o controle de imunização, no qual eu solicito a carteirinha, vejo que tem algo que não está compatível com o que eu gostaria e falo "Olha, eu observei que seu esquema não está completo, mas eu não faço esse esquema. Mas eu vou te encaminhar para um lugar que faz esse esquema e vou solicitar para que eles possam te ajudar". [...] cada um compreender qual a sua designação, qual o seu espaço entender o que é de cada um, o que é ser paciente, o que o paciente tem.

Não com direitos e deveres legais, mas como paciente, como pessoa, e você como profissional (Enfermeira 2).

Para a entrevistada é possível identificar que o setor nefrologia é complexo, com riscos durante as sessões de hemodiálise, onde o usuário precisa adaptar-se constantemente a novos hábitos para obter melhores resultados e bem-estar geral. Por ser um acompanhamento paliativo, a maioria das vezes esse indivíduo é centralizado em sua IRC. Isso significa que, frequentemente, ele precisa de respaldo e autorização da equipe de nefrologia para realizar procedimentos externos a esse setor, em outras áreas de seu corpo, como cirurgia odontológica, como no exemplo dado pela enfermeira. Assim, a equipe tem atuado de forma integral, diante demandas e encaminhamentos necessários dos usuários para viabilizar o acesso em diferentes serviços da rede de atenção.

Referindo o esquema vacinal como crucial no caso da IRC devido à sua vulnerabilidade, uma vez que reduz a imunidade do indivíduo. Portanto, o profissional consegue enxergar além, solicitar verificações do esquema vacinal e fornecer orientações sobre sua relevância. Refere que não ignora questões de outros setores, mas consegue entender claramente seu papel, destacando a importância de uma orientação adequada sobre o caminho a seguir em cada situação. Assim, a enfermeira destaca que os pacientes possuem diversas questões e se sentem confortáveis para expressá-las. Isso sugere um ambiente de confiança, onde os pacientes se sentem confortáveis para expressar suas inquietações e obter detalhes sobre seu tratamento.

A enfermeira finalizou destacando a relevância de enxergar o usuário como um indivíduo, não apenas como um caso clínico. Isso indica uma perspectiva humanizada, na qual a empatia e o entendimento são essenciais para o cuidado.

O relato a seguir de uma usuária aborda a vivência durante o agravamento do seu quadro clínico, no qual a médica comprometida com as necessidades da usuária realizou contato com profissionais de outras especialidades, demonstra que a usuária foi capaz de perceber essa interação e identificá-la.

[...] uma vez, eu passei muito mal e a médica me atendeu super bem. Foi um problema cardíaco e eu fiquei muito impressionada como tudo ocorreu e a forma como ela me atendeu também pedindo ajuda, porque ela era nefrologista e ela pediu ajuda para o cardiologista, até mesmo por WhatsApp, porque estava longe, e eu tive uma taquicardia, um aceleramento muito sério e eu fui muito bem atendida por ela, e isso me marcou muito, me marcou a rapidez dela, porque talvez se ela não tivesse tido naquele momento aquela rapidez de ter... a médica nefrologista me encaminhou para ela e ela me atendeu do super bem. Talvez eu

não estivesse nem mais aqui para contar. Então, me marcou muito esse episódio (Usuária 7).

Na visão da usuária entrevistada, a comunicação ágil com o cardiologista foi essencial para garantir um atendimento eficaz em um momento de emergência. Essa colaboração entre diferentes especialidades é fundamental, especialmente em situações em que as condições de saúde estão interconectadas. Na intercorrência durante o tratamento, a nefrologista ampliou sua perspectiva clínica, percebeu também o comprometimento cardíaco. Com seu comprometimento profissional, utilizou a comunicação para solicitar ajuda de outro especialista, no caso o cardiologista, abordando a paciente de forma integral, promovendo a integralidade do cuidado. Também, verifica-se a clareza de papel entre diferentes especialidades médicas, essa atitude não só garante um tratamento mais abrangente, mas também aumenta a confiança do paciente na equipe de saúde.

A seguir a entrevistada menciona a empatia como instrumento neste processo, destacando que o auxílio ao usuário não diminui sua responsabilidade em aderir e acompanhar questões cruciais para prolongar o acompanhamento. Também destaca que devido ao usuário frequentar o serviço semanalmente, muitas vezes ele foca na equipe para todas as suas questões de saúde, como problemas ginecológicos, cardíacos e urológicos, acreditando que a enfermeira pode resolver no serviço de nefrologia. No entanto, esclarece que consegue transmitir ao usuário o caminho a seguir e a relevância de cada acompanhamento. Assim, o usuário é considerado em sua totalidade. Isso não significa que a nefrologia possa resolver todos os seus problemas de saúde. No entanto, pode fornecer uma orientação clara. Quando o usuário compreende o porquê das coisas, onde se deve seguir, ele adere mais facilmente e consegue se orientar de forma mais eficaz. A equipe, ao ter essa compreensão, já os auxilia.

O que compete a você, o que compete ao paciente e onde cada um pode atuar. E a gente usar o bom senso, a empatia e a comunicação para poder melhorar esse fluxo. Porque... eu acredito que seja isso, mesmo, a melhor comunicação e empatia, se colocar do lado. [...] "Isso não diz respeito a mim, eu não trabalho neste lugar. Eu não sei. Aqui é hemodiálise, eu não sou ginecologista. Isso não é comigo". Talvez eu possa orientá-lo como chegar até esse lugar porque ele cria uma confiança, um laço de confiança que você vai resolver todos os conflitos dele, porque aqui é a tua base. E assim como o relacionamento profissional e pessoal, nós temos mais problemas com quem nós nos relacionamos. Então ele vai conflitar com você, porque ele acha que você vai resolver tudo para ele. Então ele traz um problema cardíaco, urológico, para você resolver uma coisa que não é sua. E você talvez possa simplesmente direcionar ele para aquilo que ele possa fazer. "Olha, não sou eu que resolvo, mas o encaminhamento está aqui.

Você procura a UBS ou esse problema é com a ouvidoria, esse problema...", não sei." (Enfermeira 2).

Acrescentado no diálogo com um médico que trabalha no setor, ao ser questionado sobre a interação diária com os usuários e suas diversas particularidades, ele destaca que se adapta conforme percebe as diferenças e singularidades de cada um, entendendo assim o todo e seguindo seu plano de abordagem de acordo com suas percepções.

Eu acho que assim, não um método, mas a gente tem as nossas rotinas em que a gente tem que analisar os exames todo mês e o que é uma coisa que a gente faz são as visitas diárias. A gente passa nas salas todos os dias em todos os pacientes para atender se tiver alguma queixa, uma troca de receita, uma dúvida e estamos aqui à disposição. Lógico que a gente procura muito adequar a nossa relação, no caso dos médicos com o paciente, pela condição do paciente, é uma população muito heterogênea. Então, eu tenho de vários níveis sociais aqui e culturais, a gente tem que tentar adequar só que eles estão vivendo em uma mesma zona de convívio. A hemodiálise é uma coisa que humaniza a pessoa do mesmo jeito que ela mostra os contrastes da nossa sociedade. Então, você tem um paciente que tem condição total ali do lado e um paciente muito simples que tem que comer aqui na hemodiálise, porque ele não vai ter um jantar em casa hoje à noite, só que ele está ali do teu lado na mesma condição fazendo diálise junto. Então, não é fácil, não é uma população igual. Não é uma professora que está dando aula para uma sala com todos sua mesma idade. Às vezes, o mesmo nível cultural, aqui, não, é muito diferente. Então, o discurso que eu posso dar para um paciente, o outro não vai entender. A medicação que eu posso dar para um paciente, o outro não vai ter condição de comprar. Então, a gente tem que tentar entender essas diferenças e adequar o nosso discurso até a nossa conduta (Médico).

Destaca as visitas diárias a cada indivíduo durante sua terapia renal, menciona uma escuta ativa para todas as reclamações e deixa claro que está disponível. Menciona que há uma discrepância social e cultural, onde dependendo da maneira como você explica ou instrui, o outro pode não compreender, faz uma analogia com uma sala de aula, onde há pessoas de idades semelhantes, distintas do serviço, onde há idosos, jovens, analfabetos, graduados, indivíduos com deficiência intelectual, física, problemas externos, etilistas, dentre outras enumeras especificações. Enfatiza os determinantes sociais e culturais dos usuários e a importância em adaptar sua abordagem, considerando essa pessoa como um todo e respeitando sua singularidade. Ressalta que de nada vale prescrever um medicamento caro se o outro não conseguir comprá-lo por questões financeiras, o que dificultará o tratamento.

O médico ressalta que suas ações não são vistas como um método, mas descreve que criou sua rotina e a adaptou de acordo com a singularidade do setor adequando de acordo com o perfil de cada pessoa atendida.

5.4 ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUIR O PLANO DE CUIDADOS DE MODO COMPARTILHADO

Tendo em vista a importância em ouvir a pessoa atendida, adequar interações para efetividade em resultados, onde profissionais de saúde e usuários constroem planejamentos em conjunto e criam melhores estratégias para organizar o atendimento focado na pessoa.

A conexão entre os relatos indica uma mudança significativa observada por estes, para um modelo de cuidado colaborativo, no qual a independência do usuário é apreciada e ele participa ativamente na tomada de decisões sobre seu tratamento.

A técnica em enfermagem 3 discute a flexibilidade e o empoderamento oferecidos ao usuário, possibilitando-lhe expressar suas restrições e necessidades. Por outro lado, o relato do usuário ressalta a sua dependência na orientação e segurança proporcionadas pela equipe de saúde. Esta estratégia que une a atenção às demandas individuais do usuário a uma comunicação franca e respeitosa, conduz a um atendimento mais humanizado e eficiente, fomentando a confiança e o alcance de melhores resultados no cuidado.

[...] tem algumas coisas mudando a respeito disso de incluir o paciente, incluir mais o paciente no que ele quer, no que ele não deixou de querer, por conta que é corpo, de decisão de perguntar para ele, essas coisas, você gosta disso? Você não gosta? Você acha melhor isso? Vamos tentar. Porque eu acho que quando eu entrei aqui era mais... vamos supor, o paciente tem quatro litros, ele tem que tirar os quatro litros. Hoje você tem quatro litros, você acha que você consegue perder hoje esses 4 litros? Vamos tentar? Eu acho que deu uma melhorada nisso. Eu gostei bastante, eu achei uma coisa muito importante. Acho que todo mundo da equipe está fazendo isso. Não lembro de ter alguém que não está adaptado, porque ele se sente mais dono de si, porque senão a gente tira tudo que ele tem [...] (Técnica em enfermagem 3).

A trabalhadora descreve como é seu cotidiano, esclarece que provoca reflexões no indivíduo atendido, permite que ele opine sobre questões e, quando negado, tenta esclarecer a relevância de sua orientação. Descreve que estão ocorrendo alterações no setor, percebidas por ela, que nem sempre conseguiu implementar. Incentiva a independência do usuário na tomada de decisões.

A preocupação com o peso, também é abordada pelo usuário seis, com sua satisfação em relação à equipe, indicando atenção no atendimento. Onde traz o exemplo da importância em manter o peso próximo ao peso seco e retrata a comunicação eficaz, a compreensão em opinar sobre seu tratamento, neste caso, programação de UF na máquina. Descreve que consegue em conjunto com a equipe decidir quando em momentos

necessários pausar sua meta de UF, o que fica previamente alinhado nas sessões de HD: “É normal, porque eu falo para ela, vai tirar cinco quilos? Ela, Vai. ‘Mas se você passar mal, mas se passar mal você para.’ [...] sempre fala para mim” (Usuário 6).

Quando o usuário menciona que possui dúvidas se conseguirá retirar cinco quilos em uma sessão, ele reforça a importância em construir um plano em conjunto, ou seja, expressa sua preocupação em saber se conseguirá alcançar a meta de perder cinco quilos em uma sessão, demonstrando a necessidade de um planejamento colaborativo e realista. Considerando que, apesar de seguir o plano e ajustar seus parâmetros ideais na máquina, é possível que ele já tenha enfrentado experiências ruins com essa programação, ao se expor, ele se sente mais confiante ao perceber que ao detectar qualquer sinal de alerta, poderá ser assistido e essa programação poderá ser interrompida, conforme mencionado.

De modo semelhante, o usuário três menciona conseguir opinar sobre a programação de fluxo na máquina: “[...] se eu chegar aqui com algum tipo de problema, eu falo para elas e elas conseguem, por exemplo, meu fluxo é 400, ela consegue por 350 para eu não passar mal” (Usuário 3).

Os relatos evidenciam a preocupação com a segurança e a efetividade do procedimento, abordando a necessidade de adequar o que é seguro para o atendimento desses usuários e os métodos necessários para assegurar essa segurança, ao mesmo tempo em que se ajusta ao que se espera e se respeita a autonomia das partes envolvidas. Onde neste caso o participante descreve que consegue expor sua opinião e solicitar a diminuição do fluxo de sua máquina, no caso de 400 ml/min. Para 350 ml. / min.

Outro relato mostra o fato de respeitar a autonomia e construir estratégias em conjunto, mas agora de forma negativa, pode ser destacado a seguir. A assistente social relata que teve uma recusa ao iniciar o tratamento. O usuário foi orientado sobre os riscos e pertinências, mas o mesmo manteve a decisão, o que entra também na questão ética e legal. Assim, considerando o respeito à autonomia do usuário foi ofertado um termo de responsabilidade e assinado.

[...] Já houve desistência que a pessoa nem começou porque ela falou: Estou vivo até hoje sem tratamento. Então, eu não quero. Infelizmente teve, mas antes de começar o tratamento, na hora que ela foi chamada para a vaga e foi explicado, ela preferiu assinar o termo porque ela falou que não queria ficar realmente presa em um lugar. Então, independente de quanto tempo que ela ia viver, ou não, ela não queria isso para a vida de ela (...). Então, primeiro tem toda uma abordagem, um trabalho, até mesmo psicológico, com a psicóloga. A gente chama toda a equipe, médicos, enfermeiros, assistentes, todo mundo. Depois, realmente,

porque a gente tem um período também para essa vaga, porque tem outras pessoas pegando a vaga. Então, se passou duas semanas não conseguiram realmente é onde é fornecido o termo [...] (Assistente Social).

Esta atitude demonstra a independência do paciente, ou seja, a habilidade de tomar decisões sobre sua própria saúde, mesmo que a decisão seja a de não seguir o tratamento. Isso ressalta um aspecto crucial no atendimento CCU e no acompanhamento em HD, o respeito à escolha do paciente, mesmo que isso implique na recusa do tratamento, e a compreensão de que ele tem o direito de recusar.

Portanto, mesmo que a decisão seja contrária ao recomendado, também há a questão ética e jurídica envolvida. Conforme relatado pela profissional de saúde, todos os procedimentos foram seguidos previamente, incluindo orientação, esclarecimento dos riscos, diálogo com toda a equipe. No entanto, a usuária recusou-se a fazer hemodiálise. Após várias tentativas, a decisão foi aceita e lhe foi concedido um termo para assinar. Assim construir estratégias em conjunto, no ponto de vista da assistente social, nem sempre objetivarão mesmas opiniões e resultados, mas a decisão da usuária foi respeitada.

5.5 LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO EM NEFROLOGIA HOSPITALAR

Com base nas entrevistas e respostas de profissionais de saúde e usuários, existem ainda lacunas e pontos que dificultam o cotidiano na nefrologia, para centralizar cuidado no usuário em seu acompanhamento em hemodiálise. Algumas dessas lacunas serão descritas a partir da perspectiva dos entrevistados e relatos de experiências. Entre as fragilidades mencionadas estão a: rotatividade de funcionários; a visão ainda centrada no médico por alguns indivíduos e a dificuldade em organizar o tempo de assistência.

De acordo com os relatos de vivências no serviço de nefrologia hospitalar, a implementação do CCU pode enfrentar alguns desafios. Alguns usuários e profissionais de saúde expõem que a curta duração do rodízio de funcionários não é vantajosa, considerando a complexidade dos procedimentos e atendimentos. Em relação aos usuários, eles relatam que quando começam a estabelecer confiança no funcionário, quando já expressaram suas expectativas e preferências durante a sessão de HD, ocorre um rodízio e eles precisam começar do zero, conforme evidenciado nos relatos a seguir.

Agora, por exemplo, tem muita troca... de 20 em 20 dias tem a troca de técnicas do salão e isso é um coisa ruim para nós, pacientes, porque a gente se acostuma com o jeito de certa pessoa e das técnicas, isso gera um problema para a gente que é paciente. Esse é um dos problemas (Usuária 1).

Também é destacado no depoimento da técnica de enfermagem, que destaca a importância dessa rotatividade, porém, para evitar um desgaste excessivo da equipe, propõe uma rotação semestral.

A gente está rodando, porém, o que está acontecendo? Está rodando um tempo curto, por exemplo, três meses aí roda. Eu acho que deveria estender um pouquinho para seis e rodava, para não ficar esgotante a equipe, para não ficar esgotante o paciente, mas para a gente ter um pouco mais de confiança (Técnica em Enfermagem 3).

Os relatos ressaltam os desafios emocionais e operacionais ligados ao sistema de rodízio de funcionários, tanto para os pacientes quanto para os profissionais da área da saúde. A usuária 1 percebe que o sistema de rodízio afeta sua relação com os profissionais e, conseqüentemente, a experiência de atendimento devido ao vínculo profissional-usuário. Por outro lado, a técnica de enfermagem 3 entende a importância de uma maior regularidade para fomentar a confiança e diminuir o desgaste para todos. Os dois relatos indicam que, apesar do rodízio ser uma prática habitual, seria vantajoso para a excelência do serviço em nefrologia e para o bem-estar dos pacientes e da equipe se a permanência dos profissionais fosse um pouco mais prolongada, possibilitando a formação de vínculos de confiança.

Nestes relatos há uma divergência entre o tempo atual de rotatividade de funcionários, onde a usuária menciona a cada 20 dias e a trabalhadora a cada três meses.

Ainda sobre a mudança de profissionais entre os salões, vale destacar a descrição do usuário 8 que faz um comparativo com a rotatividade do Brasil e a vivenciada no Japão. Descrevendo que no Brasil há maior rodízio de trabalhadores, o que gera insegurança devido a sua punção em fístula arteriovenosa (FAV).

Acho que muda muito isso. Eu acho que não é bom. [...] Porque elas sabem como puncionar, onde puncionar. [...] Eu acho e como lá no Japão não acontece essa rotatividade, então eu acho que eles... não sei se eles são orientados a se comportar daquela maneira, porque eu não falo bem japonês (Usuário 8).

Outro ponto descrito como possível fragilidade observada na aplicação de um atendimento centralizado na pessoa, foi que para alguns há raízes do modelo médico

centrado. O médico entrevistado ressalta que isso ainda compromete a sua atuação em certas situações no campo da nefrologia. Embora haja toda interação com a equipe já mencionada, onde frequentemente o usuário manifesta sua opinião sobre seu tratamento, em alguns momentos ou para certas pessoas a centralização do médico ainda é predominante, algo que tem sido observado pelo próprio médico que descreve algumas características.

Os pacientes, na grande maioria das vezes, mas ainda estão acostumados com aquele cuidado bem paternalista, maternalista, faça isso, aqui a receita, o senhor toma duas vezes ao dia. Poucos têm essa atitude mais proativa de saber por que está tomando, por que eu usei aquela medicação, por que aquela medicação eu usei aquela que é mais cara que a outra que é mais barata? Não vejo muito, a maioria dos pacientes tem uma atitude mais passiva com relação ao tratamento dele e, às vezes, é uma coisa até contraditória. Eles questionam: Mas o senhor não me mandou, o senhor não mandou eu parar de tomar suco, o senhor não mandou eu parar de com sal, o senhor não mandou [...] então, eles não sabem o que é o conceito de peso, de peso seco, de ganho de volume. Então, é muito gratificante quando alguns pacientes querem entender esse processo que eles estão passando, o que é um peso seco, o que é um ganho intradialítico, o que é um ganho que é bom, o que é um ganho ruim e muitos pacientes a gente tem uma melhora muito grande, quando a gente avalia os exames mensais e vê que não estão adequados e o paciente mesmo muda a atitude, muda a alimentação. Faz algumas mudanças e a gente vê nos próximos meses seguintes a melhora dele [...] eu acho que primeiro a gente tem uma barreira social, então muitos pacientes não conseguem entender. Eles acham que a nossa equipe, nós somos os senhores do peso dele. Como se eu fosse determinar quando você vai pesar e aquilo ali é uma consequência. Então, é muito comum eles não entenderem esse processo por deficiências culturais. Como é um paciente que convive muito no serviço, eles trazem muito essa bagagem social, de problemas sociais e a gente fica sabendo, às vezes, que a pessoa tem problema em casa, tem problema na alimentação. Tem outros tipos de problema que acabam refletindo aqui no tratamento dele. Acho que isso acaba atrapalhando um pouco e até as experiências compartilhadas. Eu vejo que não existe um compartilhamento de boas experiências entre eles, eu não vejo um paciente que melhorou passar para o colega do lado: Olha, eu fiz isso, eu parei de comer isso, eu diminuir o sal. Eu tirei isso na minha alimentação. Eu não vejo isso. Pelo contrário, eu vejo compartilhando coisas de questionar peso seco, de questionar o acesso, de mudar a técnica que a gente pede, por exemplo, a gente pede para lavar o braço antes de fazer diálise. [...] Eu acho que o nosso papel como equipe é central, de primeiro colocar o paciente nessa situação, já foi o tempo de gente ter aquela atitude paternalista, ou maternalista, perante o paciente ele faz parte, ele tem voz. Então, a gente tem que orientá-los, mesmo com a dificuldade que eles têm, às vezes, de compreensão, colocar ele no centro do atendimento e explicar para ele, dando responsabilidade e dando objetivos para ele do tratamento explicando. Eu acho que o nosso papel é centralizar esse paciente mesmo, mostrando isso para ele [...] (Médico).

Para o médico, os usuários idosos têm mais dificuldade em opinar, interagir e se tornar sujeito ativo no seu próprio tratamento, diferentemente dos usuários mais jovens que parecerem ter mais facilidade em se manifestar ativamente. Tendo em vista que numerosos

idosos, anteriormente foram criados em um ambiente onde a assistência era mais autoritária e paternalista, o que pode resultar em uma postura mais cautelosa em relação ao cuidado. Muitas vezes, para eles o que o médico diz é sempre inquestionável, devido sua referência histórica. Explica que às vezes os mesmos caem em contradição, pois questionam de maneira que responsabiliza o profissional médico por todo resultado a ser obtido, fazem uso do termo “o senhor não mandou”, esperando de forma passiva sempre algo.

No entanto, como mencionado, ainda há indivíduos que acreditam que pelo fato do profissional estar envolvido, principalmente no caso médico, devido questões culturais já enraizadas, a responsabilidade é exclusivamente dele. No caso, se o usuário não cultiva bons hábitos alimentares, hidratação e suspende as medicações, conforme os exemplos dados, esse controle da sua saúde não responde positivamente, somente nas horas que este se encontra no setor de saúde, ou seja, não somente a máquina realiza todo o cuidado, se não associado com adequação de hábitos.

O médico finaliza descrevendo que problemas sociais e externos, dificultam o processo de contratação no tratamento, também a questão cultural, onde muitas vezes esse usuário questiona fatores que seria pensando em sua melhor qualidade de vida, por exemplo, quando orientado a realizar a lavagem do membro da FAV antes de sua punção, pensando em evitar infecções, em dados momentos essa pessoa recusa e não realiza essa higienização, questiona o profissional, ou seja, o médico reflete que às vezes esse usuário não usa a sua voz ativa no serviço para um bem maior, pensando em sua qualidade vital, justifica como algo cultural destes. Traz em questão uma sugestão que esse usuário poderia usar de sua fragilidade, observação e passar boas informações entre si, como citado, bons exemplos. Onde já sugere que diante tais fragilidades e dificuldades, que a equipe de saúde intervenha, orientando, direcionando e descrevendo os riscos de má aderência e condutas prejudiciais.

A ausência de tempo e alta demanda principalmente descrita pelo enfermeiro em seu dia a dia, se torna uma lacuna para possível implementação do CCU. Onde o enfermeiro menciona essa dificuldade em aproximar dos usuários em momentos que poderiam ser oportunos, devido altas demandas.

[...] existe um pouco de falta de comunicação efetiva de ambos. São tantas as informações, como eu mencionei anteriormente, demandas que às vezes um fato que ocorreu que às vezes deixou de passar para uma equipe ou para outra pessoa, outro profissional, acaba deixando de concluir efetivamente aquele cuidado devido à falta da comunicação [...]. Por isso que muitas vezes acabo acionando até mesmo a psicologia, solicitando uma interconsulta [...] porque a psicóloga acaba tendo esse [...] acaba tendo um tempo maior de passar um por um e depois ela me passar o que eu não tive condições de ir até o paciente (Enfermeiro 1).

Essa dificuldade com o tempo, correria no cotidiano da equipe de enfermagem, diante demandas referenciadas pelo entrevistado, justifica que ainda há uma lacuna na comunicação, o que poderia existir mais abertamente entre equipe de enfermagem e usuário, visto que estão mais próximos, porém com técnicas específicas de atuação, altas demandas, isso se torna uma dificuldade em alguns momentos. Portanto o enfermeiro vê a interconsulta como uma opção facilitadora, onde explica que se observa alguma demanda e não consegue dialogar no momento solicita a psicóloga, até para auxílio mais intenso e completo para escuta mais atenta.

A implementação do CCU em unidades de nefrologia pode representar um obstáculo devido à complexidade da enfermidade. Os pacientes podem possuir variados graus de entendimento sobre sua condição e alternativas de tratamento, o que pode influenciar sua habilidade de envolvimento ativo no procedimento. Além das disparidades culturais e linguísticas entre usuários e profissionais de saúde podem gerar equívocos e comprometer uma comunicação eficiente. Outro ponto, alguns profissionais de saúde e usuários podem estar acostumados a um modelo convencional de assistência centrada no médico, no qual as decisões são feitas sem a participação direta do paciente. Fatores que limitam o CCU em nefrologia hospitalar.

6 DISCUSSÃO

O CCU se estabelece como uma das principais tendências no campo da saúde, onde incentiva a apreciação da singularidade, independência e valorização dos usuários. Este conceito diz respeito a um modelo de assistência onde o indivíduo é considerado o foco do processo de cuidado, participando ativamente na sua tomada de decisões. O ambiente também se faz de suma importância para a qualidade do atendimento prestado, no caso da IRC em hemodiálise, a pessoa passa parte significativa de sua vida, no serviço de saúde (Abdolsattari, Ghafourifard e Parvan, 2022).

Embora haja relevância em analisar a importância da aplicabilidade do CCU nos centros de hemodiálise, algumas revisões da literatura mostram que ainda existem poucos estudos sobre este conceito e sua avaliação em nefrologia hospitalar, especificamente em hemodiálise (Abdolsattari, Ghafourifard e Parvan, 2022). Assim, o presente estudo que visa compreender as vivências da equipe de saúde e dos usuários acerca do CCU em um serviço de nefrologia hospitalar, contribuiu com o avanço da produção de conhecimento sobre essa temática.

Nenhum participante do estudo se negou ou pediu para interromper as entrevistas, seja por parte de profissionais da saúde ou usuários. Houve uma variação no número de entrevistados, predominando os trabalhadores. Isso se deve ao fato de que a maioria dos usuários utiliza transporte público para chegar ao setor, o que gera dificuldades relacionadas à disponibilidade de tempo antes e depois das sessões de hemodiálise. Outro aspecto é o horário marcado para o tratamento, onde a maioria sente desconforto e/ou mal estar após as sessões, como demonstrado pela usuária um, que ao término da entrevista finalizou sua fala devido à sensação de mal estar.

Em alguns sistemas de saúde, especialmente no Reino Unido, no Serviço Nacional de Saúde (NHS), ampliou-se o conceito do CCU como método, significando uma característica de sistemas de saúde que oferecem orientação, suporte e informação necessários para as pessoas terem condições de tomar decisões sobre sua própria saúde e participar do gerenciamento do seu tratamento (Silva, 2014).

Fortnum et al. (2015) salientam a criação do *My Kidneys, My Choice*, ou seja, Meus rins, Minha escolha, uma ferramenta de auxílio à decisão, para pacientes com doença renal crônica (DRC) em estágio avançado, desenvolvida na Austrália e Nova Zelândia por uma equipe multidisciplinar.

A referida iniciativa evidencia a importância da tomada de decisão compartilhada no cuidado centrado no usuário, especialmente em momentos críticos como a escolha entre diálise ou cuidados conservadores. Tal abordagem promove a autonomia dos usuários e reforça o papel da equipe em oferecer informações e suporte emocional. A prática também elucida características do CCU ao respeitar valores e preferências individuais, alinhando-se à visão de Cavanaugh (2015) sobre a colaboração entre pacientes e profissionais.

Nos achados de Cavanaugh (2015), foi ressaltada a importância em construir um plano em conjunto. Experiência relatada pela equipe e usuários do setor de nefrologia, entrevistados neste estudo, o que enaltece a autonomia desses usuários em estarem inseridos no seu próprio acompanhamento em saúde. Tal iniciativa pode alinhar-se com todos os trabalhadores deste serviço de nefrologia.

Chan et al. (2019), por sua vez, enfatizam a transição de um modelo padronizado de início de diálise para uma abordagem individualizada, que considera metas e preferências do usuário. A variabilidade observada entre diversos países reflete desigualdades nos sistemas de saúde, mas também destaca a necessidade de integrar objetivos centrados na pessoa como indicadores de qualidade. Embora se reconheça a relevância da individualização, a implementação prática do modelo do CCU pode ser limitada por barreiras contextuais, como recursos insuficientes ou diferenças culturais.

Neste estudo, algumas dessas características foram mencionadas pelos participantes da pesquisa. Uma característica destacada foi a tomada de decisão compartilhada, na qual os usuários mencionaram momentos para expressar suas preferências em assuntos assistenciais do dia a dia. Além disso, quando os profissionais de saúde relatam que normalmente explicam o que será realizado nas sessões de hemodiálise e a forma como será realizada.

A psicóloga e a assistente social também mencionaram outras características do CCU, como relatos de trabalhos colaborativos, onde a equipe multidisciplinar se reúne para acolher os usuários em início de tratamento dialítico. Além disso, enfatizaram a relevância da participação familiar como componentes cruciais do CCU.

A inclusão de metas centradas na pessoa nos indicadores de qualidade é uma inovação que se alinha às diretrizes discutidas por Hughes et al. (2024) para envolver os pacientes em todo o ciclo de pesquisa e prática clínica. Neste enfoque, o envolvimento ativo dos usuários entrevistados em todas as etapas dessa pesquisa reforça a relevância do CCU no serviço de hemodiálise. Ao alinhar prioridades de pesquisa com as necessidades

reais dos usuários, o estudo sugere avanços significativos na prática clínica e na formulação de estratégias para o atendimento a pessoa em HD.

Nesta conjuntura, a proposta de Hughes et al. (2024) ampliam o conceito de CCU, integrando-o desde a etapa de pesquisa até a aplicação clínica. Isso pode ser especialmente valioso em serviços de nefrologia, onde decisões críticas sobre o tratamento impactam diretamente a qualidade de vida.

Amir, Mccarthy e Tong (2021), por sua parte, contemplam as adversidades enfrentadas por usuários com doença renal crônica (DRC) ao tomar decisões sobre seus tratamentos, devido aos riscos e impactos na qualidade de vida. Eles sugerem que a tomada de decisão compartilhada (*shared decision-making*) é uma abordagem centrada no usuário que considera os valores e preferências individuais. Essa prática melhora a preparação, motivação, satisfação e adesão ao tratamento. Os autores destacam estratégias de comunicação para facilitar essa abordagem e decisões no cuidado nefrológico, enfatizando a importância de preservar a autonomia dos pacientes. Assim, a decisão compartilhada promove maior satisfação e melhores desfechos aos envolvidos.

Apesar das diretrizes contemporâneas que incentivam o CCU, a descontinuação da diálise frequentemente ocorre em situações de crise. Assim é necessário maior compreensão sobre o impacto dessa decisão nos pacientes, famílias e resultados paliativos para apoiar melhor esse processo (Amir, Mccarthy e Tong, 2021), aspecto que também foi abordado por uma entrevistada no presente estudo.

Chan et al. (2019), propõem a adaptação do cuidado às necessidades individuais, garantindo suporte mais ampliado para usuários em condições mais complexas e vulneráveis, o que promove equidade nos cuidados.

Na pesquisa, as entrevistas com usuários com maiores dificuldades físicas e mentais foram restritas, pois aqueles que se voluntariaram para as entrevistas tinham um quadro de saúde menos grave. Isso inclui indivíduos com boa mobilidade física e motora, sem transtornos mentais ou demência, por exemplo, aspecto que pode representar uma limitação desta pesquisa.

Estudo recente destaca necessidades dos usuários relacionadas à alfabetização em saúde e à alta carga de trabalho dos profissionais. A inclusão de lembretes de cuidados, histórico médico detalhado e funções de mensagens foram valorizados para facilitar a adoção de centralização do cuidado nos usuários (Toni et al., 2021).

Os achados ressaltam a importância de atender às necessidades específicas dos usuários, resultado evidenciado tanto nos relatos dos usuários, quanto nos dos profissionais de saúde que destacam a importância da interação positiva da equipe e boa comunicação com ambos.

Portanto, ao compreender a pessoa como um todo, conforme destacado pelos entrevistados na presente pesquisa, percebe-se que os trabalhadores interagem além das tarefas nefrológicas, questionam assuntos além do contexto hospitalar, conseguem executar tarefas que fogem do habitual. No caso, uma enfermeira destacou que seus atendimentos são ampliados e referenciados, exemplificando com o caso de uma avaliação odontológica, ou necessidade de vacinação. Ela consegue perceber a necessidade de orientação e referências. Cavanaugh (2015) posiciona o CCU como um componente essencial da qualidade assistencial, mas reconhece os desafios de sua implementação prática. A necessidade de comunicação efetiva e coordenação de cuidados são destacadas, assim como a inclusão de familiares no processo decisório. As considerações apresentadas pelo autor também foram destacadas nos achados desta pesquisa, pois uma entrevistada também resalta a importância da participação familiar, e de adaptações no cuidado, de acordo com a realidade de cada usuário.

Destaca-se, assim, o avanço no CCU em nefrologia, apontando práticas e estratégias de abordagens que promovem maior autonomia, individualização e interação da equidade nos cuidados. Apesar de avanços positivos, desafios permanecem como a variabilidade global na prática, lacunas em pesquisas e limitações em modelos de estudo. A integração de abordagens multidisciplinares e o envolvimento ativo dos pacientes desde a pesquisa até a prática clínica são passos basilares para alcançar um cuidado verdadeiramente centrado no usuário (Cavanaugh, 2015).

Os resultados deste estudo mostraram que, mesmo com diálogos, interações, táticas e descrições positivas das experiências entre os participantes, são cruciais sempre coordenar as estratégias com todos os integrantes da equipe de saúde e com os usuários em hemodiálise, para uma melhor centralização do cuidado no usuário. Isso resultará em educação em saúde e no envolvimento de todos os participantes.

Dorough et al. (2021) implementaram o programa "*My Dialysis Plan*", focado no CCU em uma clínica de diálise na Carolina do Norte. A pesquisa incluiu 49 pacientes e 14 membros da equipe. Apesar de não identificar diferenças nos escores de resultados

relatados pelos pacientes antes e depois do projeto, o programa foi eficaz em alinhar as prioridades das pessoas em acompanhamento, com ações específicas no cuidado à diálise.

Nota-se, portanto a importância no incentivo em manter uma boa relação entre o usuário e o profissional de saúde, que também foram destacados pelos entrevistados do serviço de hemodiálise deste estudo.

A equipe e um modelo de reunião estruturado, mas flexível, são fatores-chave para o êxito da implantação do CCU. O estudo concluiu que a iniciativa tem potencial para individualizar o cuidado, mas precisa de mais avaliações sobre o impacto nos resultados clínicos e nos relatos pelos pacientes (Dorough et al., 2021)

Já O'hare et al. (2019) analisaram a evolução das atitudes em relação à descontinuação da diálise, desde a introdução do tratamento ambulatorial nos anos 1960 até o presente. Inicialmente, a diálise era considerada um recurso limitado e altamente valioso, o que resultava em conotações morais negativas em interromper o tratamento. No panorama contemporâneo, a diálise tornou-se o tratamento padrão para doença renal avançada nos Estados Unidos, levantando preocupações sobre o excesso de tratamento e a falta de integração dos valores e preferências dos pacientes nas decisões. O que destaca a complexidade desde acompanhamento em saúde, conseqüentemente a importância em organizá-lo de forma humanizada e íntegra, para melhores resultados no tratamento de hemodiálise.

Tong et al. (2015) no seu artigo de revisão sistemática, avaliaram a priorização da pesquisa em doença renal, destacando que a maioria dos estudos foram conduzidos em países de alta renda. Os autores identificaram 16 estudos com 2.365 participantes de diversos países, mas apenas 25% desses estudos incluíram explicitamente os pacientes no processo de definição de prioridades em seus cuidados. As áreas prioritárias da pesquisa incluíram a prevenção de lesão renal aguda, progressão da doença renal crônica, restrições alimentares, acesso vascular, transplante renal, educação do paciente e impacto psicossocial. O artigo enfatiza a importância de um processo transparente e que envolva pacientes, cuidadores e profissionais de saúde para garantir que as prioridades atendam às necessidades compartilhadas na área de nefrologia.

Perante o exposto, contempla-se a importância de abordagens do CCU, tanto na prática clínica quanto na definição de prioridades em pesquisa, para melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados em nefrologia, onde questões específicas desses serviços hospitalares deverão ser abordadas no processo de atendimento, adequando ao CCU, de

acordo com a necessidade do setor e indivíduo, ou seja, definindo as prioridades de cada pessoa em tratamento (Tong et al., 2015).

De modo complementar, Browne et al. (2020) ressaltam a importância de projetos de pesquisa que envolvam usuários e familiares como membros da equipe. Isso requer que usuários e familiares definam prioridades de pesquisa e participem integralmente das equipes de investigação. Descreveu-se um modelo para engajamento bem-sucedido de pacientes com doença renal e seus familiares em um projeto de cinco anos, voltado para melhorar a transição de cuidados de pessoas com doença renal crônica para doença renal terminal.

O projeto utilizou o modelo conceitual do *Patient-Centered Outcomes Research Institute* (PCORI) para envolvimento. Pacientes e familiares contribuíram ativamente para o planejamento e a implementação do projeto, focando em três temas principais: decisão sobre o tratamento da doença renal, transição de cuidados e resultados centrados no paciente. O modelo de envolvimento empregado representa um novo paradigma nos EUA, com pacientes e familiares como parceiros plenos. Este formato permitiu que a intervenção testada respondesse diretamente às suas necessidades, priorizando a coleta de dados sobre resultados relevantes para eles (Browne et al., 2020).

Schick-Makaroff et al. (2019) exploraram o uso de medidas de resultados e experiências relatadas pelos pacientes (PROs, termo em inglês) como ferramentas internacionalmente reconhecidas para avaliar qualidade de vida, sintomas e experiências de cuidado. Embora foi avaliado que esta ferramenta auxilie na qualidade da assistência, especialmente em nefrologia, existem lacunas de conhecimento sobre como utilizar essas ferramentas de forma eficaz em diferentes contextos. Os autores buscaram entender como os PROs podem melhorar os cuidados centrados na pessoa em níveis individuais (usuários e cuidadores) e agregados (políticas e sistemas). A análise foi guiada por configurações de contexto-mecanismo-resultado, com apoio de especialistas metodológicos, uma equipe de pesquisa e um Comitê Consultivo de Pacientes.

Este estudo propõe, ainda, uma ferramenta, no termo em inglês *framework*, para orientar formuladores de políticas e profissionais na adoção bem-sucedida de PROs, promovendo cuidados mais centrados nos indivíduos.

Bernstein, Getchell e Harwood (2019), reforçam a importância do CCU e da família como bases da prática de enfermagem. O engajamento dos usuários em pesquisas de saúde é uma evolução desse conceito, mas sua aplicação na pesquisa em enfermagem

nefrologista ainda necessita ser aprofundada. Os autores descrevem também a pesquisa de resultados centrados no paciente (PCOR), enfatizando como os pacientes podem ser envolvidos em todas as etapas do processo de pesquisa. Exemplos práticos foram fornecidos para demonstrar parcerias eficazes na pesquisa em enfermagem nefrológica, evidenciando o valor e os benefícios do engajamento ativo de pacientes na produção de conhecimento.

Já Frandsen et al. (2023) buscaram desenvolver uma intervenção de planejamento de cuidados antecipados (PCA) para pacientes com doença renal crônica, envolvendo pacientes, famílias e profissionais de saúde. A intervenção foi estruturada em torno de cinco áreas principais: abordagem biopsicossocial, cuidados paliativos iniciais, abordagem centrada na família, PCA contínuo e centrado na pessoa. O resultado foi o desenvolvimento de um processo de conversação para permitir que pacientes e famílias compartilhassem valores, preferências e desejos para o tratamento e a vida cotidiana. O estudo identificou barreiras enfrentadas por profissionais e forneceu uma ferramenta sistemática para facilitar a comunicação. A intervenção é projetada para ser aplicada em estágios iniciais da DRC, mas pode beneficiar outras fases e doenças crônicas, promovendo cuidados mais integrados e humanizados (Frandsen et al., 2023).

Assim, a elaboração e aperfeiçoamento de estratégias fornecem evidências científicas presentes pela pesquisadora, que foram representadas pelos relatos dos profissionais de saúde entrevistados, de forma indireta. Eles relataram experiências diárias variadas, porém com metas parecidas. Eles mencionaram o que cada trabalhador realiza de forma individual, ou como cada usuário os percebe o que poderia ser unificado e estruturado, levando em questão aspectos positivos e organizados, fundamentados na essência do CCU.

Em relação ao estudo de Barrett et al. (2020), investigaram o CCU com a doença renal crônica (DRC), analisando a dependência dos usuários em relação a diferentes tipos de provedores de cuidados médicos, incluindo nefrologistas. Os achados indicaram que 56% dos pacientes confiaram principalmente em seus nefrologistas, enquanto 23% confiaram em médicos de cuidados primários e 18% dividiram sua confiança igualmente entre diferentes provedores. Assim, se faz essencial à intensidade da relação entre usuários e profissionais de saúde, o que gera confiança e conseqüentemente maior abertura para diálogos, orientações, aplicação de um CCU.

Fatores associados à maior dependência dos nefrologistas incluíram o tempo prolongado em cuidados de nefrologia, maior frequência de consultas e percepções positivas sobre a abordagem centrada no paciente por parte dos nefrologistas. O estudo contempla, com isso, a notoriedade dos cuidados nefrológicos longitudinalmente centrados no paciente para melhorar a adesão às recomendações médicas, o que pode ser adaptado em todos envolvidos de uma equipe de nefrologia (Barrett et al., 2020).

Contudo, Moss (2017) elucidou que usuários com insuficiência renal avançada continuam a sofrer com múltiplas comorbidades, sofrimento físico e emocional, e expectativa de vida reduzida, apesar dos avanços nos cuidados e tecnologias. O estudo sugere que as integrações de cuidados de suporte centradas no usuário podem aliviar o sofrimento multidimensional, mas aponta que muitos nefrologistas carecem de treinamento adequado para conduzir discussões significativas de tomada de decisão compartilhada. A colaboração entre nefrologistas e especialistas em cuidados de suporte é proposta como uma solução para fornecer cuidados mais abrangentes e personalizados.

Murray et al. (2013), por sua parte, analisaram a aplicação da tomada de decisão compartilhada em usuários com doença renal em estágio terminal. As decisões de saúde feitas em conjunto entre pacientes e profissionais, devem considerar tanto evidências empíricas quanto valores e preferências da pessoa. Os autores destacaram o papel dos profissionais de nefrologia no engajamento dos pacientes durante o tratamento e sugeriram que inovações na comunicação são essenciais para apoiar decisões éticas e implementar melhorias tecnológicas no cuidado renal. A tomada de decisões compartilhada é vista como uma ferramenta promissora para alinhar os cuidados às necessidades individuais dos usuários.

Hussein et al. (2022) identificaram que a ativação do usuário, que reflete a prontidão e a disposição para gerenciar sua própria saúde, é baixa entre pessoas em hemodiálise realizada em centros de atendimento. Isso se deve, em parte, ao fato de esses centros serem organizados para que a pessoa receba cuidados de forma passiva. A pesquisa em questão elucidou que promover o papel ativo dos usuários pode levar a comportamentos mais saudáveis, reduzindo os custos para o sistema de saúde e melhor valorização individual. Hussein et al. (2022), enfatizam a necessidade de mudanças na capacitação das equipes de saúde, nos modelos de atendimento e nas políticas de saúde para priorizar metas identificadas pelos pacientes e incluir resultados relatados por eles.

Este estudo qualitativo, que descreveu experiências no setor de nefrologia do hospital em questão, destacou características e tópicos que se alinham com as categorias do CCU, mas que seu conceito é frequentemente desconhecido pelos profissionais e usuários. Em outras palavras, foram mencionados tópicos e situações do dia a dia que evidenciam um atendimento humanizado e focado no usuário atendido no setor. No entanto, ainda é imprescindível a capacitação, visando o CCU e aprimorando da qualidade da assistência prestada pelo setor.

Nair e Wilson (2019) discutiram a relevância das medidas de resultados relatados por pacientes (PROMs, na sigla em inglês) no cuidado personalizado. Esses instrumentos fornecem percepções valiosas sobre sintomas e experiências dos pacientes que não são captadas por marcadores laboratoriais. Porém, os autores salientaram os desafios para integrar os PROMs de forma sistemática em cuidados clínicos, pesquisas e políticas de saúde. Apesar de sua crescente atenção na nefrologia, ainda existem lacunas e limitações na sua aplicação. O estudo reforça a importância de desenvolver e utilizar PROMs rigorosamente para amplificar a voz dos pacientes e otimizar decisões clínicas e políticas.

Para Eilers (2018), destacou os benefícios de um modelo interpretativo, em que os valores e objetivos da pessoa guiam as escolhas terapêuticas. A autora enfatizou que cada paciente possui metas de vida únicas, o que demanda abordagens personalizadas e discussões antecipadas sobre cuidados conservadores. Além disso, Eilers demonstrou também a necessidade de um planejamento contínuo de saúde e maior integração de cuidadores nas discussões sobre escolhas terapêuticas. Ela concluiu que, diante do envelhecimento da população, é imperativo adotar práticas que priorizem a autonomia e o bem-estar dos pacientes.

Ou seja, apesar dos avanços, persistem desafios na implementação sistemática dessas práticas, indicando a necessidade de políticas, treinamentos e alinhar estratégias contínuas para transformar o modelo contemporâneo de atendimento na direção do CCU.

Os estudos de Vandenberg et al. (2018), O'Hare (2018) e Lewis et al. (2019) exploram a implementação de modelos de CCU, cada um com seu foco específico, mas com desafios semelhantes. O estudo de Vandenberg et al. (2018) revelou uma visão mista dos usuários com doença renal crônica sobre suas interações com os profissionais de saúde. Embora algumas pessoas relatassem uma colaboração positiva, centrada na “proteção renal”, muitos expressaram frustração devido à falta de informação relevante e à percepção de uma “troca desigual” nas consultas, onde não eram devidamente informados sobre seu

estado de saúde. Esse estudo destaca a importância da comunicação clara e compreensível para engajar os pacientes no autocuidado.

O que difere dos relatos dos usuários aqui entrevistados, onde elucidam que na maioria das vezes, são informados e orientados sobre o procedimento realizado, sobre a importância em questões específicas em HD e importância em interagir ao tratamento. O que também foi mencionado por alguns profissionais, como uma técnica em enfermagem que descreve que pergunta as preferências do usuário atendido e explica cada procedimento e sua importância, como em seu exemplo, o porquê do rodízio de punção da FAV. Ou quando descrito por alguns entrevistados a importância e significado de conceitos em HD, quando a nutricionista explica que faz parte de seu cotidiano passar visita e realizar leitura e orientação de resultado de exames laboratoriais. Também reconhecidos pelos próprios usuários, onde mencionado por alguns que os explicam bem.

Em paralelo, O'Hare (2018) discutiu a dificuldade de implementar o CCU, pois exige uma mudança significativa na forma como os profissionais de saúde abordam os usuários, movendo-se de uma perspectiva centrada na doença para uma visão ampla que considera as preferências e necessidades individuais. Enfatiza-se, com isso, a necessidade de mudança no paradigma da centralização médica, propondo estratégias como ouvir ativamente os usuários e estabelecer relacionamentos mais pessoais, o que pode ser desafiador, especialmente em sistemas de saúde fragmentados.

Por conseguinte, Lewis et al. (2019) abordaram o CCU em um programa de hemodiálise, destacando que, apesar das boas relações entre pacientes e a equipe de cuidados, ainda havia uma falta de envolvimento dos pacientes nas decisões sobre seus tratamentos e uma percepção de que o cuidado não era totalmente individualizado. As barreiras à implementação eficaz do CCU foram observadas em vários níveis: individuais, organizacionais e culturais, o que limitou a personalização do cuidado e a atenção às necessidades específicas dos pacientes. Esta falta de envolvimento foi também descrita pelo médico entrevistado nessa pesquisa, o qual exemplifica, que os usuários poderiam interagir entre si, passando informações pertinentes aos seus acompanhamentos em saúde, como vivências em hemodiálise para beneficiar outros.

Em conjunto, esses estudos evidenciam que, embora o CCU seja amplamente reconhecido como benéfico, sua adoção plena é dificultada por barreiras estruturais e culturais dentro do sistema de saúde. A superação desses desafios exige esforços contínuos para adaptar as práticas, melhorar a comunicação e garantir que os usuários sejam

realmente vistos e ouvidos em suas necessidades, contribuindo para um atendimento mais inclusivo e eficaz.

Além disso, o estudo de Tong et al. (2017) revelou que, embora os nefrologistas reconheçam a importância de considerar as preferências e metas dos pacientes, a implementação do cuidado centrado nestes é desafiada por dificuldades na definição de resultados, que devem incluir não apenas aspectos clínicos, mas também o impacto do tratamento na qualidade de vida. A pesquisa destacou a necessidade de promover a tomada de decisão compartilhada e focar em resultados que sejam relevantes para os pacientes, ao mesmo tempo em que enfrentam obstáculos como a visão mecanicista da prática médica e as pressões do sistema de saúde. Inclusive, os nefrologistas apontaram a necessidade de uma abordagem mais personalizada, dada a diversidade de prioridades dos pacientes e a complexidade do tratamento. A decisão compartilhada se caracteriza como ação positiva no atendimento centralizado no usuário.

Por outro lado, o estudo de Narva, Norton e Boulware (2016) focou nas barreiras enfrentadas pelos pacientes, profissionais e sistemas de saúde no contexto da DRC. Os usuários enfrentam dificuldades relacionadas à complexidade da doença, baixa alfabetização em saúde e falta de prontidão para aprender, o que compromete a adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde, por sua vez, enfrentam desafios devido à falta de tempo e confiança para educar, além de dificuldades no diagnóstico precoce. No nível sistêmico, as limitações nas ferramentas de suporte à decisão e a falta de incentivos para os prestadores de cuidados também dificultam a implementação de estratégias educativas eficazes. As soluções propostas incluem o uso de mídias digitais, a promoção da tomada de decisão compartilhada e o apoio ao autocuidado, com ênfase no engajamento das famílias e comunidades.

Ambos os estudos Tong et al. (2017) e Narva, Norton e Boulware (2016) ressaltam a importância de uma abordagem centrada na pessoa para melhorar os resultados do tratamento e a qualidade de vida. No entanto, também destacam que a implementação dessa abordagem enfrenta barreiras significativas, tanto clínicas quanto sistêmicas. Superar esses desafios exige esforços contínuos para transformar as práticas clínicas, educacionais e organizacionais, promovendo um modelo de cuidado mais inclusivo, personalizado e eficaz para os pacientes.

Os participantes deste estudo realizado enfatizaram a importância de uma relação humanizada entre usuários e profissionais, destacando o papel do vínculo empático no

manejo de condições crônicas como a doença renal crônica. Isso está alinhado com os achados de Lewis et al. (2019), que evidenciaram que a abordagem centrada na pessoa em um programa de hemodiálise no Canadá promove uma interação significativa entre as partes, melhorando a experiência dos usuários. Essa interação, contudo, mostrou-se limitada em nosso estudo devido à alta demanda de trabalho dos profissionais e à rotatividade das equipes, um desafio que também foi mencionado por Abdolsattari, Ghafourifard e Parvan (2022) ao discutir as dificuldades de manter um clima centrado na pessoa nas unidades de hemodiálise.

Outra categoria identificada refere-se à necessidade de entender o indivíduo como um todo, considerando não apenas a doença, mas também o impacto emocional e social associado ao tratamento. Essa perspectiva está em consonância com Verberne et al. (2022), que destacaram a importância da tomada de decisão compartilhada em pacientes idosos com doença renal avançada, enfatizando que compreender a totalidade do contexto de vida do paciente é essencial para o sucesso do tratamento.

Os participantes também relataram estratégias para construção conjunta de planos de cuidado, como o incentivo ao diálogo aberto e a inclusão ativa dos usuários nas decisões terapêuticas. Lewis et al. (2019) mencionam que o compartilhamento de decisões é um dos pilares da abordagem centrada na pessoa, promovendo maior adesão ao tratamento e resultados benéficos em saúde. Contudo, no contexto brasileiro, a alta carga de trabalho e as limitações de tempo frequentemente dificultam a implementação plena dessa prática, corroborando os desafios relatados por Abdolsattari, Ghafourifard e Parvan (2022) em ambientes de alta demanda, o que foi descrito por alguns enfermeiros participantes.

Por fim, as limitações estruturais e organizacionais, como a rotatividade de profissionais e a falta de passagem de plantão eficaz, foram amplamente destacadas pelos entrevistados. Esses fatores foram identificados como barreiras significativas para o estabelecimento do CCU de forma consistente. Abdolsattari, Ghafourifard e Parvan (2022) também observaram que a continuidade do cuidado é um componente essencial para o sucesso dessa abordagem, sugerindo que a estabilidade das equipes e a comunicação eficaz entre turnos são indispensáveis para a manutenção de um ambiente centrado no usuário.

Os resultados deste estudo, portanto, evidenciam que o CCU, embora reconhecido como relevante na nefrologia hospitalar, ainda enfrenta desafios significativos para sua abordagem plena no Brasil. A análise comparativa com a literatura revelou convergências importantes, como a valorização do vínculo humano, a necessidade de decisões

compartilhadas e a compreensão integral do indivíduo. No entanto, limitações relacionadas à alta demanda e rotatividade de profissionais sem estratégias conjuntas, ausência de interação familiar e ações de educação em saúde dificultam a prática dessa abordagem.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender as vivências da equipe de saúde e dos usuários em relação ao CCU em um serviço de nefrologia hospitalar. Por meio dos relatos desses indivíduos, buscou-se identificar características e experiências relacionadas a esse cuidado. Além disso, o estudo também visou analisar os princípios do CCU e descrever suas limitações no contexto da nefrologia hospitalar.

A pesquisa traz contribuições para o cenário da nefrologia, especificamente no tratamento de hemodiálise, no que se refere ao CCU, pois possibilitou identificar vivências marcantes para os entrevistados que sinalizam possibilidades e tensionamentos para esse cuidado. Dentre os facilitadores identificados notou-se a importância da aproximação entre usuário e profissional de saúde para que consequentemente os usuários se sintam confortáveis para manter diálogos. Portanto o profissional conseguirá compreender qual o conhecimento dos usuários sobre IRC, seus entendimentos sobre sua saúde e acompanhamento, oportuno para também, orientá-los de forma geral para que consigam opinar e participarem ativamente de seu cuidado em nefrologia.

Os principais achados deste estudo apontam que esta abordagem em saúde pode resultar em uma melhoria significativa na satisfação dos usuários, que se sentem mais engajados e participativos no tratamento. Além disso, o CCU também contribui para melhores resultados durante as sessões de hemodiálise e uma maior satisfação dos profissionais de saúde. Esse modelo de cuidado permite a integração das preferências e metas individuais nas decisões terapêuticas compartilhadas entre profissionais e usuários, destacando a importância de um diálogo aberto, contínuo e respeitoso.

A interação é um elemento crucial para a personalização dos cuidados e adequação às necessidades particulares de cada indivíduo, respeitando suas preferências e fomentando uma maior independência. Assim, ao intensificar essas relações, orientar e respeitar a autonomia do usuário, a equipe de saúde pode desenvolver estratégias conjuntas com os mesmos para o acompanhamento na hemodiálise.

É fundamental reconhecer a importância do CCU nas práticas de acompanhamento da IRC, desde o ingresso do paciente no setor e durante todo o tratamento. Como se trata de uma condição crônica, é essencial que a equipe alinhe estratégias e condutas para garantir um atendimento integral e de qualidade. Ações como acolhimento personalizado, orientações sobre a condição, atividades educativas durante as sessões de hemodiálise e

apresentação detalhada da unidade e da equipe são essenciais para promover um ambiente acolhedor e informativo. Embora o setor já realize acolhimento inicial ao tratamento, há espaço para melhorias, como uma apresentação mais detalhada da unidade e dos profissionais disponíveis, o que pode ampliar a qualidade do acolhimento e promover uma experiência mais positiva para os usuários.

A implementação de uma abordagem interprofissional no primeiro atendimento do usuário é um aspecto fundamental para o CCU, essa estratégia permite que a equipe de saúde, em conjunto com o usuário, discuta e explore as possibilidades de tratamento e cuidado, garantindo uma abordagem personalizada e centrada nas necessidades do indivíduo desde o seu primeiro contato com o setor de nefrologia. A inclusão do usuário no processo de cuidado é essencial para construir caminhos para sua inclusão desde o primeiro momento do cuidado, promovendo uma experiência de cuidado mais eficaz, eficiente e satisfatória.

Para melhorar a experiência do usuário, é fundamental conhecer melhor sua cultura e as características extra-hospitalares, isso permitirá a implementação de ações eficazes e personalizadas. Além disso, como mencionado pelos entrevistados, já existe a promoção de eventos e festividades, sendo uma forma de manter a interação entre usuários e profissionais de saúde.

Acrescentando-se, é fundamental que os profissionais de saúde entendam e se comprometam com o conceito e características para a aplicabilidade do CCU. Isso pode ser alcançado por meio de reuniões periódicas, estratégias conjuntas, planejamento de metas e alinhamento contínuo sobre os objetivos comuns dos envolvidos. Associados a educação em saúde e o envolvimento familiar, também descrito nos resultados do estudo.

No entanto, é importante superar as limitações existentes, como o rodízio dos profissionais de enfermagem, que pode afetar a continuidade do atendimento, de acordo com os participantes. Para isso, é necessário melhorar a padronização das passagens de plantão, garantindo que a singularidade de cada usuário seja descrita de maneira clara para a continuidade do cuidado.

Por fim, o planejamento do rodízio, com orientações prévias aos usuários e a possibilidade de que eles possam compartilhar informações relevantes, pode ser uma estratégia útil para melhorar a dinâmica do atendimento.

Portanto a pesquisa revela que a implementação do CCU não é uma tarefa simples, exige mudanças significativas tanto na forma como os profissionais de saúde interagem

como estes organizam estratégias para alinhar os cuidados com os seus usuários em hemodiálise. Para que o CCU seja eficaz, é necessário um processo de práticas constante, o investimento na formação dos profissionais de saúde sobre a temática, a reestruturação das políticas de saúde e a adoção de novas abordagens educacionais com envolvimento de usuários e seus familiares. Com isso, os benefícios dessa abordagem são claros, uma vez que ela não só melhora a satisfação e a qualidade de vida dos usuários, mas também oferece aos profissionais de saúde uma experiência mais gratificante, baseada em uma relação de parceria com os usuários.

A pesquisa também revelou barreiras significativas que dificultam a adoção plena do CCU, ainda é pouco conhecido como uma abordagem estratégica em saúde, apesar de apresentar algumas características e experiências de centralização do usuário no setor. Outro aspecto destacado foi às restrições do estudo em relação ao período de tempo, que poderia ter englobado um número mais amplo de usuários e profissionais de saúde.

Ademais, a caracterização dos usuários foi uma limitação do estudo, considerando que no serviço de nefrologia, havia usuários com outras condições relacionadas que impactam a memória, a afagia e outros problemas, inclusive acamados, o que poderia ter ampliado os achados e sobre a participação dos usuários no seu acompanhamento no setor. Outro detalhe é que apenas usuários em hemodiálise foram entrevistados.

Assim, existem potenciais expansões futuras, para a ampliação do CCU no setor de nefrologia, também além do ambiente hospitalar. Isso inclui o estímulo à equipe interprofissional. Para avançar na implementação do CCU na nefrologia, é requerido investir na formação contínua das equipes, estruturar estratégias específicas e promover melhorias na organização dos serviços de saúde. Estudos futuros devem explorar a eficácia dessas ações, contribuindo para a construção de um sistema de cuidado mais humanizado e centrado no usuário.

A perspectiva é que os resultados deste trabalho auxiliem novas pesquisas sobre o CCU em nefrologia e sensibilize os profissionais de saúde e os usuários envolvidos neste cuidado, contribuindo para o progresso geral do CCU nos serviços de nefrologia do Brasil.

REFERÊNCIAS

ABDOLSATTARI, Simin; GHAFOURIFARD, Mansour; PARVAN, Kobra. **Person-centered climate from the perspective of hemodialysis patients and nurses working in hemodialysis units**. Renal Replacement Therapy, v. 8, n. 1, p. 35, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 20, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 21 dez. 2024.

AMIR, Noa; MCCARTHY, Hugh J.; TONG, Allison. **A working partnership: a review of shared decision making in nephrology**. Nephrology, v. 26, n. 11, p. 851-857, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ANDERSON, Elisabeth B. **Patient-centeredness: a new approach**. Nephrology news & issues, v. 16, n. 12, p. 80-82, 2002. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 29 dez. 2024.

ANDERSON, Nicola Elizabeth et al. **Using patient-reported outcome measures during the management of patients with end-stage kidney disease requiring treatment with haemodialysis (PROM-HD): a qualitative study**. BMJ open, v. 11, n. 8, p. e052629, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/>. Acesso em: 15 dez. 2024.

ANNADANAM, Surekha et al. **Patient-centered outcomes with a multidisciplinary CKD care team approach: an observational study**. Kidney Medicine, v. 5, n. 4, p. 100602, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 06 jan. 2025.

BACELLAR, A.; ROCHA, S. X.; FLÔR, M. S. **Abordagem centrada na pessoa e Políticas Públicas de saúde brasileiras do século XXI: Uma aproximação**. Rev. NUFEN [online]. V.4, n.1, janeiro-junho, 127-140, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETT, Tyler M. et al. **Advanced CKD care and decision making: which health care professionals do patients rely on for CKD treatment and advice?** Kidney Medicine, v. 2, n. 5, p. 532-542. e1, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 17 dez. 2024.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S. DE. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, v. 27, p. 2074–2075, 1 out. 2011.

BERNSTEIN, Eva; GETCHELL, Leah; HARWOOD, Lori. **Partnering with patients, families, and caregivers in nephrology nursing research**. Nephrology Nursing Journal, v. 46, n. 3, p. 340-344, 2019. Disponível em: <https://www.proquest.com/>. Acesso em: 28 dez. 2024.

BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M.; SOUZA-REIS, A. M. **A nova Gestão Pública: Um estudo do pró-gestão focado em dois projetos prioritários no estado do Espírito Santo.** *Gestão & Planejamento - G&P*, v. 15, n. 1, 14 mar. 2014.

BRASIL. Lei Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASÍLIA -DF 2014 Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>.2014. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology.** *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101, 2006. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

BRAUN, V.; CLARKE, V. **(Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' sample-size tool for thematic analysis.** *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-2016. 743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>

BROWNE, Teri et al. **Engaging patients and family members to design and implement patient-centered kidney disease research.** *Research Involvement and Engagement*, v. 6, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 29 dez. 2024.

BUSANELLO, J. et al. **Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária.** *Rev. enferm. UFSM*, p. 175–184, 2013.

CAVANAUGH, Kerri L. **Prioritizing patient centered care implementation and research for patients with kidney disease.** In: *Seminars in Dialysis*. 2015. p. 131-140. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 08 jan. 2025.

CHAN, Christopher T. et al. **Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference.** *Kidney international*, v. 96, n. 1, p. 37-47, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 04 jan. 2025.

CORDEIRO, J. **Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem Goiânia, 2006.

COSTA, M. V., & BORGES, F. A. (2015). **O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde.** *Interface comun. saúde. educ.* 19(Suppl 1),753-763.

COMITÊ de Ética Pesquisa. Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <https://www.propq.ufscar.br/pt-br/etica/cep-comite-de-etica-em-pesquisa-em-seres-humanos>. Acesso em: fevereiro-2024.

DOROUGH, Adeline et al. **A person-centered interdisciplinary plan-of-care program for dialysis: implementation and preliminary testing.** *Kidney medicine*, v. 3, n. 2, p. 193-205. e1, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 21 dez. 2024.

EILERS, Denise. **Person-centered approach to deciding on long-term dialysis.** *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, v. 13, n. 8, p. 1133-1134, 2018. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

ERDMANN, A. L. et al. **Secondary Health Care: best practices in the health services network.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. SPE, p. 131–139, 1 fev. 2013.

FALQUETO, J. M. Z. **Saturação teórica em pesquisas qualitativas relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração.** *Revista de Ciências da Administração*. V.20, n 52, p 40-53, dezembro 2018.

FONTOURA, R. T; MAYER, C.N. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.** *Rev Bras Enferm [Internet]*.2006Jul (4): 532-6.

FORTNUM, Debbie et al. **My kidneys, my choice, decision aid': supporting shared decision making.** *Journal of renal care*, v. 41, n. 2, p. 81-87, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 02 jan. 2025.

FRANSEN, Christina Egmo et al. **Advance care planning to patients with chronic kidney disease and their families: An intervention development study.** *Journal of Clinical Nursing*, v. 32, n. 23-24, p. 8104-8115, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 30 dez. 2024.

HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple.** London, 2016.

HUGHES.L. et al. **Advances in Kidney Disease and Health.** Volume 31, Janeiro 2024, p 52-67.

HUBER, Johannes et al. **Interdisciplinary counseling service for renal malignancies: a patient-centered approach to raise guideline adherence.** In: *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Elsevier, 2015. p. 23. e1-23. e7. Disponível em: <https://www.academia.edu/>. Acesso em: 15 dez. 2024.

HUGHES, Anastasia et al. **Patient-Centered Research and Innovation in Nephrology.** *Advances in Kidney Disease and Health*, v. 31, n. 1, p. 52-67, 2024. Disponível em: <https://www.akdh.org/>. Acesso em: 05 jan. 2025.

HUSSEIN, Wael F. et al. **Integrating patient activation into dialysis care.** *American Journal of Kidney Diseases*, v. 79, n. 1, p. 105-112, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

IBGE. **Portal do IBGE.** IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br..> Acesso em 20 de janeiro de 2024.

JACOBS C. **La suppléance de la fonction rénale par l'hémodialyse**. Un siècle et demi d'histoire [renal replacement therapy by hemodialysis: an overview. *Nephrol Ther.* 2009 Jul;5(4):306-12. French. doi: 10.1016/j.nephro.2009.03.001. Epub 2009 May 28. PMID: 19481513.

KNIHS, N. S. et al. **A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível**. 2013. SC.

LEWIS, Rachel A. et al. **An exploratory study of person-centered care in a large urban hemodialysis program in Canada using a qualitative case-study methodology**. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, v. 6, p. 2054358119871539, 2019. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 29 dez. 2024.

MANUAL: **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa - OMS** Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. 2010. Acesso em: dezembro-2023.

MINAYO, C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo Hucitec Rio De Janeiro Abrasco.2017.

MINISTÉRIO da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.2010. Acesso em: dezembro-2023.

MORÉ C. A **“entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde**. In: Atas 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação; 2015 ago 5-7; Aracaju, SE. Goiânia: UFG; 2015. p. 126-31. Vol. 3.

MOSS, Alvin H. **Integrating supportive care principles into dialysis decision making: a primer for palliative medicine providers**. *Journal of pain and symptom management*, v. 53, n. 3, p. 656-662. e1, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 20 dez. 2024.

MURRAY, Mary Ann et al. **Whose choice is it? Shared decision making in nephrology care. In: Seminars in dialysis**. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd, 2013. p. 169-174. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

NAIR, Devika; WILSON, F. Perry. **Patient-reported outcome measures for adults with kidney disease: current measures, ongoing initiatives, and future opportunities for incorporation into patient-centered kidney care**. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 74, n. 6, p. 791-802, 2019. Disponível em: <https://www.ajkd.org/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

NARVA, Andrew S.; NORTON, Jenna M.; BOULWARE, L. Ebony. **Educating patients about CKD: the path to self-management and patient-centered care**. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, v. 11, n. 4, p. 694-703, 2016. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 23 dez. 2024.

O'HARE, Ann M. **Patient-centered care in renal medicine: five strategies to meet the challenge.** American Journal of Kidney Diseases, v. 71, n. 5, p. 732-736, 2018. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 15 dez. 2024.

O'HARE, Ann M. et al. **Achieving a person-centered approach to dialysis discontinuation: An historical perspective.** In: Seminars in dialysis. 2019. p. 396-401. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/>. Acesso em: 30 nov. 2024.

PÁGINA. TEMA LIVRE. Physis: Revista de **Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 290102, 2019.

PEDUZZI M, AGRELI HF. **Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care.** Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1525-34.

PLANTINGA, Laura C. et al. **Delivery of a patient-friendly functioning report to improve patient-centeredness of dialysis care: a pilot study.** BMC Health Services Research, v. 19, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 19 dez. 2024.

PORTELA, MC. **Avaliação da qualidade em saúde.** In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

RIBEIRO, R. V.; SIGNOR, E.; FORGIARINI, G. **Aproximação teórica do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa: Uma revisão integrativa da literatura.** Research, Society and Development, v. 12, n. 10, 8 out.2023.

RIBEIRO, RV.; SIGNOR, E.; FORGIARINI, G. **Abordagem teórica do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa: Uma revisão integrativa da literatura.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,[S. l.], v. 10, 2023.

RICARDO, J; AYRES, C Parte I- **Humanização dos Cuidados: explorando conceitos e conexões disciplinares 2.** Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. ROGERS, C. R. et.al. De Pessoa para Pessoa: o problema de ser humano. São Paulo: Pioneira, 1976.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa.** São Paulo, Livraria Martins Fontes Ed., São Paulo, SP, 1980; 70.

ROMANINI, M.; GUARESCHI, P. A.; ROSO, A. **O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede.** Saúde em Debate, v. 41, n. 113, p. 486-499, abr. 2017.

ROTHER, E. T. **Systematic literature review X narrative review.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007.

RUDNICKI, Tânia. **Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise.** Contextos Clínic, São Leopoldo , v. 7,n. 1,p. 105-116, jun. 2014. <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.10>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100011&lng=pt&nrm=iso. acesso em 19 dez. 2024.

SAITO, D. Y. T. et al. **Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?** *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, p. 175–183, 1 mar. 2013.

SCHICK-MAKAROFF, Kara et al. **Strategies for incorporating patient-reported outcomes in the care of people with chronic kidney disease (PRO kidney): a protocol for a realist synthesis.** *Systematic Reviews*, v. 8, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/>. Acesso em: 19 dez. 2024.

SCHOT, E.; TUMMERS, L.; NOORDEGRAAF, M. **Working on working together: A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration.** *Journal of Interprofessional Care*, v. 34, n. 3, p. 1–11, 22 jul. 2019.

SMITH, K, et al. **Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis.** *J Ren Nutr.* 2010 Sep;20(5):334-41. doi: 10.1053/j.jrn.2009.09.001. Epub 2009 Nov 13. PMID: 19913443; PMCID: PMC2888683. São Paulo: EPU, 1977. ROGERS, Carl R.; STEVENS, Barry. *De Pessoa para Pessoa: O problema de Ser Humano.* São Paulo: Pioneira, 1977.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. **Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p. 19–25, mar. 2008.

SOCIEDADE Brasileira de Nefrologia, 2022. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>. Acesso em: 04 abr. 2025.

SOUZA, Luciana Karine de. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2025.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico;** tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

TONG, Allison et al. **Nephrologists' perspectives on defining and applying patient-centered outcomes in hemodialysis.** *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, v. 12, n. 3, p. 454-466, 2017. Disponível em: <https://www.embase.com/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

TONG, Allison et al. **Research priority setting in kidney disease: a systematic review.** *American Journal of Kidney Diseases*, v. 65, n. 5, p. 674-683, 2015. Disponível em: <http://www.ishen365.com/>. Acesso em: 24 dez. 2024.

TONI, Esmaeel et al. **Patient empowerment through a user-centered design of an electronic personal health record: A qualitative study of user requirements in chronic kidney disease.** *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 21, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 28 dez. 2024.

VANDENBERG, Ann E. et al. **Patient discourse on chronic kidney disease monitoring: a qualitative study at a Veterans Affairs Renal Clinic.** BMC nephrology, v. 19, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/>. Acesso em: 26 dez. 2024.

VERBERNE, Wouter R. et al. **Asking the right questions: towards a person-centered conception of shared decision-making regarding treatment of advanced chronic kidney disease in older patients.** BMC medical ethics, v. 23, n. 1, p. 47, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/>. Acesso em: 08 jan. 2025.

WILLIAN, S. L.; **Cuidado Centrado na pessoa: reflexões da integração ensino-serviço na atenção básica.** Fundação Osvaldo Cruz, Imperatriz, 2021.

ANEXOS**ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - EQUIPE DE SAÚDE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
(Resolução CNS 510/2016)

CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE E DOS USUÁRIOS EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA HOSPITALAR

Prezado (a) participante,

Eu, Grazielle Alves Martins, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, orientada pela professora Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, mediante este termo gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “Cuidado Centrado no Usuário: percepção da equipe de saúde e dos usuários em um serviço de nefrologia hospitalar.” O objetivo deste estudo é compreender a percepção da equipe nefrologia e dos usuários a cerca do Cuidado centrado no Usuário (CCU).

Sua participação se refere aos objetivos específicos: analisar as potencialidades e fragilidades da equipe de saúde para o CCU; aprender as experiências e identificar o conhecimento da equipe de saúde, a respeito do CCU.

A coleta de dados será realizada em consonância com as resoluções do artigo 5º da Lei Geral da Proteção de dados Pessoais– LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como atende ao Comitê de ética e Pesquisa CEP-Conep com as garantias e direitos previstos nas Resoluções CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016. Respeitando os preceitos éticos e legais às quais os preservam.

Você foi selecionado devido sua atuação no serviço de nefrologia, no qual compõe a equipe de saúde. Portanto venho convidá-lo (a) e esclarecer que sua participação é de forma voluntária, sigilosa e isenta de despesas ou remuneração. Assim como sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação como pesquisador ou com a instituição fornecedora dos dados.

Diante das informações mencionadas, caso você concorde e aceite participar, a coleta de dados será realizada por meio de entrevista com perguntas semiestruturadas, para roteirizar a entrevista, sendo dez questões referentes à atuação no serviço de nefrologia, também, três questões para caracterização de sua formação profissional, com horário agendado conforme sua disponibilidade, sem interferência na rotina de trabalho, quando em horário de jornada e duração média prevista de 30 a 40 minutos.

Todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em publicações ou eventos científicos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Garante-se o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, serão preservados.

A entrevista será conduzida em ambiente reservado e tranquilo, de forma individual, em sala reservada no hospital em estudo, com preservação sigilo e anonimato. O áudio da entrevista será gravado, com gravador de voz, não fazendo uso de imagem e demais dados de identificação, cuja gravação será arquivada pelo pesquisador, onde será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, com senha e mantido em sigilo ético legal. Esta gravação será transcrita e você poderá ler a transcrição, se for de seu interesse, após a transcrição dos dados, o arquivo no dispositivo eletrônico será apagado, também, todo e qualquer registro contido em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Enquanto participante desta entrevista, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na investigação sobre o trabalho interprofissional e sua relação com o Cuidado Centrado no Usuário (CCU), melhorias na assistência à Saúde e demais implementações.

Quanto aos riscos, cabe salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, nesta pesquisa, qualitativa, onde, habitualmente, não existe risco físico aos participantes, será adotada abordagem humanizada, mas você poderá sentir

desconforto em compartilhar informações pessoais e da sua rotina de trabalho. Como providência para evitar essas situações, informamos que você poderá, a qualquer momento, optar em não responder às perguntas.

Sua participação está autorizada pelo dirigente da instituição e serão respeitados os preceitos administrativos e legais da mesma, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme estabelecido pela Resolução 580/2018.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e por mim. Neste termo, consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal com quem poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento. Por meio deste termo, você concorda e autoriza a coleta, armazenamento, processamento e uso de dados fornecidos, conforme estabelecido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD- Lei nº 113.709/2018) e pelo Código Civil Brasileiro (nº 10.406/2002). Como mencionado, os dados fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins especificados neste estudo, garantindo-se o sigilo, segurança das informações, bem como o seu direito e acesso, correção e exclusão de suas informações, conforme previsto em lei.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote

D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Grazielle Alves Martins, telefone para contato: (35) 998412438. E-mail: grazyalvesmartins@hotmail.com. Endereço: Rua João Edueta nº 1630- Vinhedo –SP. Cep: 13585820

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Assinatura do Participante

ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
(Resolução CNS 510/2016)

CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE
SAÚDE E DOS USUÁRIOS EM UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA HOSPITALAR

Prezado (a) participante,

Eu, Grazielle Alves Martins, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, orientada pela professora Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, mediante este termo gostaria de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “Cuidado Centrado no Usuário: percepção da equipe de saúde e dos usuários em um serviço de nefrologia hospitalar.” O objetivo deste estudo é compreender a percepção da equipe nefrologia e dos usuários a cerca do Cuidado centrado no Usuário (CCU).

Sua participação se refere aos objetivos específicos: aprender as experiências e identificar o conhecimento dos usuários, a respeito do CCU.

A coleta de dados será realizada em consonância com as resoluções do artigo 5º da Lei Geral da Proteção de dados Pessoais– LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, bem como atende ao Comitê de ética e Pesquisa CEP-Conep com as garantias e direitos previstos nas Resoluções CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016. Respeitando os preceitos éticos e legais às quais os preservam.

Você foi selecionado devido ser atendido no serviço de nefrologia da pesquisa, onde realiza tratamento de hemodiálise, visto que já realizou mais de dez sessões, sendo usuário frequente no setor. Portanto venho convidá-lo (a) e esclarecer que sua participação é de forma voluntária, sigilosa e isenta de despesas ou remuneração. Assim como sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação como pesquisador ou com a instituição fornecedora dos dados.

Diante das informações mencionadas, caso você concorde e aceite participar, a coleta de dados será realizada por meio de entrevista com perguntas semiestruturadas, para roteirizar a entrevista, sendo nove questões referentes ao seu acompanhamento de saúde no serviço de nefrologia, percepção referente à hemodiálise, relacionado ao seu cuidado. Com

horário agendado conforme sua disponibilidade, sem interferência na rotina, duração média prevista de 30 a 40 minutos.

Todas as respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em publicações ou eventos científicos.

A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Garante-se o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa, serão preservados.

A entrevista será conduzida em ambiente reservado e tranquilo, de forma individual, em sala reservada no hospital em estudo, com preservação sigilo e anonimato. O áudio da entrevista será gravado, com gravador de voz, não fazendo uso de imagem e demais dados de identificação, cuja gravação será arquivada pelo pesquisador, onde será realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, com senha e mantido em sigilo ético legal. Esta gravação será transcrita e você poderá ler a transcrição, se for de seu interesse, após a transcrição dos dados, o arquivo no dispositivo eletrônico será apagado, também, todo e qualquer registro contido em qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Enquanto participante desta entrevista, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na investigação sobre o trabalho interprofissional e sua relação com o Cuidado Centrado no Usuário (CCU), melhorias na assistência à Saúde e demais implementações.

Quanto aos riscos, cabe salientar que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, nesta pesquisa, qualitativa, onde, habitualmente, não existe risco físico aos participantes, será adotada abordagem humanizada, mas você poderá sentir desconforto em compartilhar informações pessoais e sentimentos durante seu acompanhamento no setor. Como providência para evitar essas situações, informamos que você poderá, a qualquer momento, optar em não responder às perguntas.

Sua participação está autorizada pelo dirigente da instituição e serão respeitados os preceitos administrativos e legais da mesma, sem prejuízo das suas atividades funcionais, conforme estabelecido pela Resolução 580/2018.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e por mim. Neste termo, consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal com quem poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento. Por meio deste termo, você concorda e autoriza a coleta, armazenamento, processamento e uso de dados fornecidos, conforme estabelecido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD- Lei nº 113.709/2018) e pelo Código Civil Brasileiro (nº 10.406/2002) os dados fornecidos serão utilizados exclusivamente para fins especificados neste estudo, garantindo-se o sigilo, segurança das informações, bem como o seu direito e acesso, correção e exclusão de suas informações, conforme previsto em lei.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08h30min às 11h30min.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Grazielle Alves Martins, telefone para contato: (35) 998412438. E-mail: grazyalvesmartins@hotmail.com. Endereço: Rua João Edueta nº 1630- Vinhedo –SP. Cep: 13585820

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Assinatura do Participante

APÊNDICE

APÊNDICE 1 . ROTEIRO PARA ENTREVISTA - EQUIPE DE SAÚDE

Questões de caracterização dos participantes:

- Idade: _____
- Sexo biológico: _____
- Formação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Área:

Ano em que concluiu o último curso de formação:

-
- Há quanto tempo trabalha neste setor de nefrologia? _____
 - Há quanto tempo trabalha no âmbito hospitalar (atenção terciária, geral)? _____
 - Qual o seu tempo de atuação neste setor? _____

Roteiro para entrevista semiestruturada:

1. Conte-me sobre uma situação de atendimento ao usuário no setor de nefrologia que você considera exitosa.
2. De acordo com o que você já ouvir falar qual seria a relevância do cuidado centrado no usuário no seu cotidiano de trabalho no setor?
3. Qual é o seu papel no cuidado aos usuários junto à equipe interprofissional neste setor?
4. Como são estabelecidas as relações e a comunicação entre os profissionais de saúde que atuam na sua equipe e no hospital?
5. Você poderia relatar uma situação de cuidado aos usuários em que houve comunicação/ discussão de caso com outros membros e diferentes categorias da equipe? Quais foram os aspectos que facilitaram e dificultaram essa atuação?
6. Como o usuário tem participado do seu cuidado? E durante o tratamento de hemodiálise?
7. Como é a relação entre profissionais de saúde e usuários no serviço de nefrologia? Existe alguma experiência com usuário que te referenciou positivamente? Se sentir a vontade, poderia me relatar sobre essa experiência.

8. Em sua opinião, quais são as dificuldades para a participação do usuário no seu acompanhamento de saúde?
9. O que você acha que pode ser feito para fortalecer a relação entre profissional e usuário?
10. Você já usa algum método ou ferramenta para melhor atendimento do usuário? Quais estratégias você considera necessárias para avançar no estabelecimento do cuidado centrado no usuário aqui no setor de nefrologia?

APÊNDICE 2. ROTEIRO PARA ENTREVISTA- USUÁRIOS

Questões de caracterização dos participantes:

- Idade: _____
- Sexo biológico: _____
- Escolaridade: _____
- Profissão: _____

Roteiro para entrevista semiestruturada

1. Há quanto tempo você realiza o tratamento de hemodiálise?
2. Como as necessidades que você traz para o serviço são atendidas pela equipe?
3. Como suas opiniões em relação ao cuidado são recebidas pela equipe de saúde?
4. Existe alguma experiência positiva de atendimento em saúde (hemodiálise) que te marcou, poderia me contar?
5. Em situações de atendimento como se estabelece a comunicação dos profissionais com você? Quais são as principais informações que você recebe?
6. Como e quando suas expectativas são correspondidas em situações de atendimento na nefrologia?
7. Você já teve a oportunidade de tomar uma decisão sobre seu cuidado com a equipe de saúde? Como foi esse processo?
8. O que a equipe de saúde faz durante seu atendimento que você considera fundamental para se sentir confortável no ambiente hospitalar?
9. Quais são os aspectos que você considera fundamentais para que o cuidado seja centrado em suas necessidades e expectativas?