



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY**



AMANDA GUEDES DOS REIS

**QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NA COMUNICAÇÃO DOS
ENFERMEIROS COM OS USUÁRIOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

RIO DE JANEIRO

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE FUNDAMENTOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM - NUCLEARTE



AMANDA GUEDES DOS REIS

**QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NA COMUNICAÇÃO DOS
ENFERMEIROS COM OS USUÁRIOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Sauthier

Co-Orientador: Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

RIO DE JANEIRO,

JULHO DE 2015.

FICHA CATALOGRÁFICA

Reis, Amanda Guedes dos.

Questões bioéticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal / Amanda Guedes dos Reis. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.

x, f. 83 il.

Orientadores: Prof^a. Dr^a. Marta Sauthier e Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Referências Bibliográficas: f. 72-76.

1. Enfermagem. 2. Comunicação em Saúde. 3. Insuficiência Renal Crônica. 4. Ética. 5. Bioética.

I. Sauthier, Marta. II. Soares, André Marcelo Soares. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

FOLHA DE APROVAÇÃO

AMANDA GUEDES DOS REIS

QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NA COMUNICAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM OS USUÁRIOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

ORIENTADORES: MARTA SAUTHIER E ANDRÉ MARCELO MACHADO SOARES

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 02 de Julho de 2015 por:

Presidente: Prof^a. Dr^a. Marta Sauthier (EEAN/UFRJ)

Primeiro Examinador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira (EEAAC/UFF)

Segunda Examinadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Teresa Carvalho de Araújo (EEAN/UFRJ)

RESUMO

REIS, Amanda Guedes dos. **Questões bioéticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Na relação entre o enfermeiro e o usuário, o processo de comunicação precisa ser eficiente, com objetivo de tornar a assistência humanizada e personalizada, em sintonia com as necessidades de cada indivíduo, levando em conta suas particularidades e respeitando sua autonomia. No setor de nefrologia, onde esta pesquisa está circunscrita, a atuação do enfermeiro em sua relação com usuários hospitalizados, portadores de insuficiência renal crônica, revela, no universo da comunicação clínica, situações importantes para a reflexão ética. Busca-se compreender os vieses éticos e morais impressos na comunicação entre os enfermeiros e os usuários portadores de insuficiência renal crônica diante da escolha da terapia renal substitutiva, no que tange ao reconhecimento do usuário como autônomo neste processo comunicativo. A partir da questão norteadora - Em que nível as questões bioéticas presentes na comunicação resultam do reconhecimento ou não dos usuários como sujeitos autônomos pelos enfermeiros do setor de nefrologia? – construiu-se o objeto: a comunicação acerca da terapia renal substitutiva como indicador do reconhecimento da autonomia do usuário. São os objetivos: descrever a comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica acerca de sua terapia renal substitutiva; analisar as esferas de reconhecimento da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica pelos enfermeiros, à luz de Axel Honneth e discutir as consequências da comunicação dos enfermeiros com os usuários sobre sua terapia renal substitutiva. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa e método dialético, na qual os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise do conteúdo de Bardin (2011). Realizada no setor de nefrologia de um Hospital situado no Estado do Rio de Janeiro, abarcou por participantes os usuários portadores de insuficiência renal crônica e os enfermeiros atuantes neste setor, sob o protocolo 27810014.0.0000.5238. O estudo permitiu a avaliação da relação entre o princípio do respeito à autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica como resultado da construção dialógica da responsabilidade profissional do enfermeiro, podendo ser utilizada como contribuição para o ensino, pesquisa e no campo da prática, transferindo um significado efetivo na formação de profissionais capacitados para o reconhecimento dos usuários como sujeitos atuantes em sua assistência. Suscita novos recortes e, portanto, abre caminho para um novo campo de estudo diante das implicações éticas para o Cuidado de Enfermagem e uma nova consciência sobre este; traz, a partir de reflexões prévias, o novo elemento – moral – para análise junto à integralidade da assistência, que é o reconhecimento a partir dos valores dos usuários, proposto por Axel Honneth.

Palavras-chave: Enfermagem, Comunicação e informação em saúde, Usuários com insuficiência renal crônica, Terapias renais substitutivas, Autonomia dos usuários.

ABSTRACT

REIS, Amanda Guedes dos. **Bioethical questions involved in communication between nurses and users with chronic kidney disease.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing Anna Nery, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

In the relationship between nurses and users, the communication process needs to be efficient, with the objective to make humanized and custom assistance in tune with the needs of each person, considering their particularities and respecting their autonomy. In the nephrology department, where this research is limited, the nurse's performance in the relationship with hospitalized users, with chronic kidney disease, reveals, in the universe of clinical communication, important situations for ethical reflection. The idea of this research is seek to understand the ethical and moral biases printed at the communication between nurses and users with chronic kidney disease against the choice of renal replacement therapy, relative to the recognition of the user as self-governing in this communication process. Starting from the guiding question – In what level bioethical questions present in communication result from recognition or not of the users as self-governing subjects by nurses of nephrology department? - Built up the object: the communication about renal replacement therapy as an indicator of recognition of the user's autonomy. Objectives: describe the communication of nurses concerning users with chronic kidney disease, about their renal replacement therapy; analyze the spheres of recognition of the autonomy of users with chronic kidney disease by nurses, in the perspective of Axel Honneth and discuss the consequences of the communication of nurses with users about their renal replacement therapy. It is a descriptive and exploratory research with qualitative approach and dialectical method, in which data from the semi-structured interviews were submitted to the content analysis from Bardin (2011). Held at the nephrology department of a hospital located in the state of Rio de Janeiro, embraced by participants users with chronic kidney disease and nurses working in this department, under the 27810014.0.0000.5238 protocol. The study allowed the evaluation of the relationship between the principle of respect for autonomy of users with chronic kidney disease as a result of dialogical construction of professional nursing responsibility, and can be used as contribution to teaching, research and on the practice field, transferring a effective meaning in the formation of qualified professionals for the recognition of users as active subjects in their assistance. Raises new clippings and, therefore, opens the way for a new field of study on the ethical implications for nursing care and a new conscience of this; brings, starting from previous reflections, the new element - moral - for analysis with the integrality assistance, which is the recognition from the values of users, proposed by Axel Honneth.

Keywords: Nursing, Communication and Health Information, Users with Chronic Kidney Disease, Renal Replacement Therapies, User's Autonomy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização do perfil dos enfermeiros entrevistados	49
Tabela 2	Caracterização do perfil dos usuários entrevistados	50

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO	16
1.3 QUESTÃO NORTEADORA	22
1.4 OBJETO DE ESTUDO	22
1.5 OBJETIVOS	22
1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	23
1.6.1 ESTADO DA ARTE	24
1.7 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA	28

CAPÍTULO 2 – BASES CONCEITUAIS

2.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS TERAPIAS RENAIIS SUBSTITUTIVAS	31
2.2 COMUNICAÇÃO COMO CUIDADO	35
2.3 TEORIA DO RECONHECIMENTO DE AXEL HONNETH	38

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	43
3.2 CENÁRIO	44
3.3 PARTICIPANTES	44
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	45
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS	46
3.6 VALIDAÇÃO DA PESQUISA	47
3.7 COLETA DOS DADOS	47
3.8 ANÁLISE DOS DADOS	50

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	52
4.1 CATEGORIA 1: COMUNICAÇÃO/DÉFICIT	55
4.2 CATEGORIA 2: AUTONOMIA/HETERONOMIA	60
4.3 CATEGORIA 3: RECONHECIMENTO/NÃO-RECONHECIMENTO	64
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	78
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	79
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
APÊNDICE E - ORÇAMENTO FINANCEIRO DO PROJETO DE PESQUISA	82
APÊNDICE F – CRONOGRAMA DA PESQUISA	83

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A partir da década de 1970, os *pacientes* – termo que designa ambigualmente aquele que padece de uma moléstia e aquele que é passivo diante da ação do cuidado clínico – passam a ser compreendidos como *usuários* dos serviços público e privado de saúde. Não se tratava apenas de uma mudança na nomenclatura, mas no modo de conceber a relação com os profissionais que compõem o sistema de saúde, tanto público quanto privado. Tal mudança é decorrente, em grande medida, das denúncias de desrespeito aos seres humanos envolvidos em pesquisas científicas que chegavam ao governo norte-americano. Como resposta aos escândalos, é criada, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisas Biomédica e Comportamental), que elaborou, em 1978, o *Belmont Report* (Relatório Belmont).

A importância do Relatório Belmont se dá pelo fato de ele apresentar três princípios que deveriam nortear as pesquisas científicas: respeito à autonomia, beneficência/não-maleficência e justiça. O respeito à autonomia indica como os indivíduos, em sua racionalidade, devem ter suas formas de conceber a realidade estimadas. A beneficência se traduz na obrigação profissional de agir em benefício de outros, portanto, racionalmente e não afetivamente, o que acarretaria um agir benevolente. A justiça aponta para a priorização do direito à assistência e a não-maleficência para a obrigação de não infligir mal ou dano intencional, o que não significa, necessariamente, fazer o bem (SOARES, 2011, p.43).

Em 1979, Tom Beauchamp e James Childress, que haviam participado da comissão supracitada, publicam *Principles of biomedical ethics*. Nesta obra, estabelecem a separação entre o princípio de beneficência e o de não-maleficência. A justificativa é simples, os princípios do respeito à autonomia e o de beneficência

devem ser considerados teleológicos, ou seja, inerentes a finalidade do ato profissional na área de saúde. Em outras palavras, o respeito à autonomia e a beneficência são finalidades a serem alcançadas, mas que não necessariamente dependem da ação direta do profissional. Já os princípios de não-maleficência e justiça devem ser considerados deontológicos; inerentes a obrigação do ato profissional na área de saúde. De toda e qualquer forma, o profissional de saúde deve não fazer o mal e ser justo na avaliação do tratamento e na prestação do cuidado. É sobre a não observância de tais princípios deontológicos que o ato do profissional de saúde poderá ser considerado como negligente, imprudente e imperito.

Apesar de Beauchamp e Childress fazerem menção ao conceito de Bioética criado em 1971 por Van Rensselaer Potter, que a identifica como a preocupação de estabelecer para o bem da humanidade uma relação entre as ciências humanas e as ciências da vida, o modo como compreendiam a Bioética era muito mais clínico do que teórico. Preocupavam-se, sobretudo, com os usuários das instituições de saúde e, por isso, têm uma relação mais estreita com a Bioética praticada por André Hellegers, fundador do *Kennedy Institute of Bioethics*. Embora Hellegers utilizasse o diálogo interdisciplinar na abordagem das questões éticas envolvidas na saúde, o fato é que suas inquietações estavam circunscritas ao contexto hospitalar, o que restringia a Bioética.

Na área da saúde, precisamente no âmbito hospitalar, as decisões autônomas dos usuários permitem a escolha do melhor tipo de tratamento e assistência necessários e que atenderão às suas necessidades, diárias e ao longo de suas vidas. O enfermeiro, que integra com outros profissionais a equipe de saúde, tal como indica o princípio do respeito à autonomia, deve respeitar os usuários enquanto sujeitos de direitos, informando-os ampla e claramente sobre suas patologias e opções de tratamento, permitindo que, por meio deste conhecimento, tenham poder de determinação e exercitem sua autonomia. Neste sentido, a comunicação, além de ser um dos mais importantes aspectos do cuidado de Enfermagem, porque vislumbra uma melhor assistência ao usuário, é também elemento fundamental para análise do princípio bioético do respeito a autonomia.

Apesar de serem quatro os princípios bioéticos, esta pesquisa tem como foco principal o princípio do respeito a autonomia do usuário, que não será tratado aqui como paciente, tal como descrito anteriormente, e nem como *cliente*, que do latim – *cliens* – designa aquele que é dependente de algo ou de alguém. Na análise da comunicação estabelecida entre enfermeiros com usuários hospitalizados portadores de insuficiência renal crônica, o reconhecimento da autonomia do usuário reflete o caráter da beneficência e o cumprimento do agir de forma não-maleficente e justa. Por isso, é necessário enfatizar que a Enfermagem, que tem o cuidado como objeto, é uma arte norteadada pelo dever ético, pela sensibilidade com o sofrimento do outro e pela profundidade científica com a qual busca o aprimoramento das técnicas de cuidado.

Um dos elementos fundamentais que integra o cuidado de Enfermagem é, certamente, a comunicação com o usuário. É nela que se estabelece o pacto terapêutico, isto é, aquela relação na qual o profissional terá conhecimento das condições clínicas, psicológicas e sociais do usuário e, por outro lado, o usuário poderá manifestar seus anseios e sua confiança no profissional através do respeito que este demonstra por sua autonomia. A comunicação no *pacto terapêutico* entre o enfermeiro e usuário revela, sobretudo, a beneficência possível e deixa claro a intenção não-maleficente inerente à prática profissional. Apesar da importância fundamental da comunicação, nela também encontram-se problemas que poderão dificultar o estabelecimento do pacto terapêutico, pela falta de clareza ou por motivações de ordem pessoal que distanciam o enfermeiro e o usuário do compromisso de reconhecerem-se em seus papéis, determinados por suas condições.

Na relação entre o enfermeiro e o usuário, o processo de comunicação precisa ser eficiente, com objetivo de tornar a assistência humanizada e personalizada, em sintonia com as necessidades de cada indivíduo, levando em conta suas particularidades e respeitando sua autonomia.

No setor de nefrologia, onde esta pesquisa está circunscrita, a atuação do enfermeiro em sua relação com usuários hospitalizados, portadores de insuficiência renal crônica, revela, no universo da comunicação clínica, situações importantes para a reflexão ética. É possível identificar, nos relatos dos enfermeiros e na

observação da assistência prestada, um hiato significativo. Algumas informações acerca dos riscos envolvidos nos procedimentos aos quais serão submetidos os usuários (hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal), nem sempre são entendidas da maneira como deveriam ser por parte dos usuários, ou são compreendidas, pelo enfermeiro, como prerrogativa da equipe responsável. Tanto em uma situação como na outra, a comunicação não atinge a sua finalidade, que é esclarecer ao usuário as possibilidades de tratamento para que ele possa, de maneira autônoma e mediada pela equipe de saúde, escolher dentre as alternativas disponíveis em seu caso a que mais lhe parecer adequada aos seus valores morais e a forma de ver a vida.

De acordo com alguns resultados evidenciados por esta pesquisa, é comum que a comunicação com o usuário seja prejudicada pelo fato de ele, por seu nível sociocultural, não ter acesso aos códigos básicos de entendimento das informações relacionadas à área da saúde. Embora o índice de analfabetismo venha caindo pelas iniciativas do Estado e da sociedade civil organizada, fato é que ainda é evidente um analfabetismo funcional, que limita as possibilidades de algumas pessoas terem uma compreensão clara das informações que lhes são veiculadas. Isto é notório, de modo sensível, no ambiente que aqui está sendo tratado.

O enfermeiro tem papel fundamental no processo terapêutico do usuário hospitalizado portador de insuficiência renal crônica. Este papel abrange, além das técnicas do cuidado, a promoção da melhoria da qualidade de vida através do respeito pela autonomia de cada usuário em sua peculiaridade, o que lhe garantirá autoestima e confiança no enfrentamento da patologia da qual é portador. Entretanto, apesar da clareza do seu papel, o enfermeiro se vê, em algumas vezes, diante de um dilema que apresenta duas alternativas. De um lado, percebendo as condições socioculturais do usuário, o enfermeiro, com o intuito de oferecer um cuidado beneficente, acaba por optar em fazer, ele próprio, a escolha da informação que melhor será apreendida pelo usuário. O problema é que nessa escolha ocorre a subtração da capacidade que o outro, no caso o usuário, tem de tomar uma decisão. É evidente que a saída, neste caso, é traduzir em linguagem simples e acessível toda informação a qual o usuário deve ter acesso.

Em outras palavras, não se trata de filtrar o que será ou não será dito na comunicação, mas dizer tudo o que deve ser dito de maneira mais adequada, a partir do reconhecimento das condições de possibilidade que o outro tem para exercer sua autonomia, fundamental na constituição do sentido da pessoa humana. De outro lado, a comunicação com o usuário, que cabe ao enfermeiro, não pode ser desconectada das decisões tomadas pela equipe de saúde, da qual o próprio enfermeiro participa. Sendo assim, o que é comunicado ao usuário é aquilo que, com a participação da Enfermagem, foi discutido e acolhido por toda a equipe de saúde. É importante observar que a equipe, constituída de profissionais de diferentes áreas da saúde, não se orienta por perspectivas subjetivistas e pessoais, mas pela perícia de profissionais que representam com propriedade a área de conhecimento na qual atuam. Aqui, não se deve criar uma dicotomia entre enfermeiro e equipe de saúde, como se houvesse aí um duelo de opiniões.

A saída será sempre debater em equipe, apresentando os aspectos que a Enfermagem destaca naquela situação tratada. Desta forma, haverá sempre sintonia entre aquilo que o enfermeiro comunica ao usuário com o que fora discutido em equipe.

A motivação para esta pesquisa deu-se durante atuação em campo prático do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde diversos dilemas morais na assistência à saúde foram evidenciados e pontuados como estímulo para a continuidade ao estudo com início na graduação – Trabalho de Conclusão de Curso.

O Trabalho de Conclusão de Curso mencionado acima teve por título “Atuação dos enfermeiros frente aos direitos dos usuários hospitalizados: uma abordagem ética”, e orientou-se pela questão norteadora: Quais os avanços e retrocessos evidenciados em publicações com enfoque na conduta ética do enfermeiro em assegurar os direitos dos usuários hospitalizados?

Com o objeto *a ética do cuidado de enfermagem centrada nos direitos dos usuários hospitalizados*, teve como objetivos: 1) Evidenciar, em publicações eletrônicas, avanços e retrocessos acerca dos direitos dos usuários hospitalizados, tendo como temática central a ética do cuidado de enfermagem; 2) Identificar fatores interferentes na aplicabilidade e efetividade dos direitos dos usuários hospitalizados

nas publicações encontradas e 3) Analisar as estratégias utilizadas para implementação dos direitos dos usuários pela enfermagem no tocante aos cuidados prestados.

A realização do levantamento de publicações cuja temática abrangesse os direitos dos usuários hospitalizados com enfoque na ética do cuidado oportunizou a reflexão sobre o trabalho da Enfermagem, especialmente do enfermeiro, possibilitando, assim, melhor compreensão dos aspectos envolvidos na ética do cuidado.

As publicações evidenciaram que a submissão e a falta de autonomia do usuário dentro dos serviços públicos de saúde quanto a decisões sobre seu tratamento e hospitalização têm relação estreita com a limitação de sua compreensão acerca de seus direitos.

Considerou-se que, para haver qualidade na assistência da Enfermagem hospitalar é imprescindível repensar sua prática nas instituições de saúde, organizando diferentes opções e formas de assistência que possam fortalecer o vínculo, preservando um posicionamento ético no contato pessoal com os usuários. Os princípios bioéticos devem sempre reger a prática da Enfermagem, de forma a promover o respeito e o cuidado humanizado, considerando o usuário também em suas necessidades psicológicas, sociais e espirituais. E para a humanização do cuidado, deve ser adotada uma postura autônoma por parte dos usuários, como forma de assegurar seus direitos. Para que estes possam cuidar de si e de seus direitos, devem ser esclarecidos quanto ao consentimento informado e livre, prévio à realização de qualquer procedimento diagnóstico, terapêutico e de cuidado.

Os dados demonstraram que, para assegurar o respeito aos usuários, faz-se necessário que os enfermeiros e demais trabalhadores da equipe de saúde estejam permanentemente atentos aos seus direitos e aos de seus acompanhantes, e à sua possível transgressão, exigindo um grande esforço a ser coletivamente empreendido.

O enfermeiro tem por um dos deveres da profissão envidar esforços para reconhecer e assegurar o respeito aos direitos dos usuários e, para tanto, faz-se necessário equilibrar a valorização do tecnicismo da assistência com os aspectos

individuais e emocionais dos usuários e definir a humanização e a promoção do autocuidado como indicadores de uma assistência de qualidade.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

A atuação prática no setor de nefrologia permite observar conflitos éticos no que concerne a comunicação mantida entre os enfermeiros e usuários hospitalizados, estes todos portadores de insuficiência renal crônica. É possível identificar, através de relatos dos enfermeiros e observação da assistência prestada, que os mesmos omitem informações acerca dos riscos envolvidos nos procedimentos aos quais serão submetidos os usuários, sejam estes a hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. A informação incompleta é evidenciada em campo prático e através de publicações existentes como sendo prejudicial à tomada de decisão dos usuários, fazendo com que se tornem sujeitos passivos; já que detém conhecimento apenas dos benefícios de um tratamento escolhido pela equipe de saúde, acabam induzidos a aceitá-lo.

Apesar dos conflitos éticos estarem presentes em todos os ambientes hospitalares, a escolha do cenário desta pesquisa deu-se a partir da demanda dos enfermeiros atuantes neste local. Estes profissionais referiram dificuldade em encontrar estratégias eficazes para manejar os conflitos bioéticos que emergem da prática deste setor específico e necessitar de publicações atuais que tragam retorno ao campo prático no sentido de subsidiar a prática profissional e esclarecer a conduta devida dos enfermeiros, amparada pela bioética, referente à comunicação das especificidades das terapias renais substitutivas aos usuários portadores de insuficiência renal crônica.

A partir do momento em que os rins não são capazes de manter sua função, uma terapia renal substitutiva é indicada, sendo imprescindível para a sobrevivência do usuário. O portador de insuficiência renal crônica deverá participar ativamente da escolha de uma das terapias supracitadas, sendo orientado quanto à escolha daquela que melhor se adequa ao seu estilo de vida e necessidades pessoais. Para ser capaz de exercer sua autonomia, deverá ser esclarecido quanto aos benefícios e

riscos adicionais envolvidos em cada terapia, para só então poder decidir em conjunto com a equipe de saúde aquela que melhor o atenderá.

Cabe ressaltar que a legislação (Portaria GM nº 1.820, de 13/08/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários do SUS, considerando os artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como a Lei nº 8.080, de 19/09/1990; Portaria nº 1.168/GM de 15/06/2004, que institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, considerando os artigos 196 a 200 da Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19/09/1990, e 8.142, de 28/12/1990; Portaria nº 211/SAS, de 15/06/2004, que regulamenta a Portaria 1.168/GM de 15/06/2004) dispõe acerca dos direitos e deveres dos usuários da saúde, garantindo que toda pessoa tenha direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para a garantia da promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como ao tratamento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade. Promove, inclusive, a ampliação da cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo-lhes a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle e o acesso às diferentes modalidades de terapia renal substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante).

Os enfermeiros têm papel fundamental neste processo; como atuam junto ao usuário, têm a função de assisti-lo não só tecnicamente na realização dos cuidados, mas também promover melhoria da qualidade de vida de forma condizente com seu estado clínico, estimulando-o em sua autonomia para que então possa cuidar de tudo o que está relacionado ao seu cotidiano, havendo melhora de sua autoestima e refletindo por consequência em uma melhor maneira de enfrentar a patologia da qual é portador.

Há muitos aspectos envolvidos no processo de comunicação para que o mesmo seja eficiente, o que faz com que a eficiência desse processo dependa dos elementos envolvidos, a saber, o transmissor, que é responsável pela elaboração e emissão da mensagem a ser transmitida e o receptor, que é o elemento responsável pela captação, associação e compreensão da mensagem. Marquis e Huston (1999, p.327) afirmam que quanto mais direta for a comunicação, maior a probabilidade de ser clara, cabendo ao emissor avaliar as circunstâncias para poder determinar o melhor modo de comunicação. “A comunicação precisa ser clara, simples e precisa,

e cabe ao emissor – no caso o enfermeiro – assegurar que a mensagem seja compreendida”.

Mas o evidenciado na prática pelos enfermeiros são os conflitos acerca da comunicação – o receio de que ao saber dos riscos envolvidos na terapia de escolha da equipe de saúde para aquele usuário ocorra o abandono faz com que estes profissionais acabem por desrespeitar a autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica.

A aproximação com a prática da Enfermagem no setor de nefrologia permite averiguar que, sem informação, o usuário não tem condições e nem argumentos para questionar a terapia que lhe é sugerida, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia, definida pelo glossário HumanizaSUS como “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”; designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. A informação e o conhecimento são os principais meios que permitem a perpetuação das relações democráticas; para que os usuários possam cuidar de si, administrar o seu corpo, faz-se necessário manterem-se bem informados (COREN, 2011; BRASIL, 2006). As decisões autônomas do usuário permitem a escolha da melhor terapia, a que terá menos impacto negativo em sua vida diária, o que nenhum profissional da área de saúde é capaz de visualizar precisamente sem o auxílio deste. Logo, a informação é um meio do qual o usuário dispõe para tomar conhecimento e ter poder de determinação.

O conflito ético experimentado pelos enfermeiros atuantes no setor de nefrologia, responsáveis diretamente pelo cuidado dos portadores de insuficiência renal crônica, no tocante à informação sobre as terapias renais substitutivas, é possivelmente gerado devido à intolerância diante do exercício da liberdade. Os enfermeiros e a equipe multidisciplinar apresentam dificuldade em lidar com a falta de domínio sobre as escolhas dos usuários, frente ao entendimento de que as escolhas da equipe de saúde é sempre a melhor solução para a patologia destes.

Os conflitos podem nascer de uma diferença de ideias e/ou opiniões que podem desencadear reflexões e análises sobre um determinado tema; geram uma energia que tensiona e que produz movimento, que induz à ação; estimulam a análise e a reflexão (MARQUIS; HUSTON, 2010; CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética que necessitam ser assumidos por todos os trabalhadores da área, bem como a luta por uma assistência de qualidade sem riscos ou discriminação e acessível a todos. A assistência prestada necessita ser humanizada, respeitosa e justa, favorecendo a comunicação e a interação entre a equipe de enfermagem e os usuários, de modo que o respeito aos seus direitos, inclusive o de sua autonomia, seja assegurado (Resolução COFEn 311/07).

Contudo, grande parte das questões abordadas no código de ética não menciona os aspectos morais em sentido direto e imediato. Apenas ajudam a formular e atribuem expressão formal a uma importante dimensão do comportamento moral dos enfermeiros.

Os enfermeiros, ao analisar constantemente os prós, os contras e os riscos de suas ações perante os usuários de insuficiência renal crônica, acabam por vezes priorizando o tratamento escolhido pela equipe de saúde. Incorrem em um formalismo profissional, partindo de um viés deontológico para outro teleológico, onde o motivo ou intenção do profissional de saúde é substituído pela previsão do resultado da sua ação. Com isso, a *heteronomia* – que o Dicionário Básico de Filosofia de Hilton Japiassú e Danilo Marcondes (2001) define como conceito criado por Kant para justificar as leis, quando um indivíduo se sujeita à vontade de terceiros ou de uma coletividade, o oposto de autonomia – é a consequência deste formalismo do ato profissional.

Assim, a eficácia técnica do profissional em fazer com que o usuário aceite a terapia que lhe é ofertada se opõe ao respeito à autonomia do portador de insuficiência renal crônica, e difere do agir eticamente.

As falhas de conduta dos profissionais de saúde no tocante ao desrespeito à autonomia dos usuários, traz um prejuízo incomensurável, onde não há integralidade da assistência, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Mattos e Pinheiro (2004) relatam que o atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema. Culmina na busca de uma assistência ampliada,

transformadora, centrada no indivíduo, que não aceita a redução do mesmo nem à doença nem ao aspecto biológico. Envolve a valorização do cuidado e é associada a um tratamento digno, respeitoso e de qualidade, acolhimento e vínculo.

A construção de práticas de atenção integral à saúde deve estar inserida no cotidiano dos enfermeiros e dos demais profissionais da área da saúde, em cada atendimento prestado, visando uma assistência qualificada que atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores. A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (MATTOS; PINHEIRO, 2004) e deve ser definida ainda pela postura ética dos profissionais.

Os enfermeiros atuantes no setor de nefrologia desempenham funções em áreas interdependentes, ou seja, administrativa, assistencial, educativa e de pesquisa, que lhes exige grande aperfeiçoamento técnico-científico, para o alcance de um gerenciamento de qualidade, a fim de oferecer uma assistência de excelência. Contudo, neste estudo, cabe abordar a prática assistencial, especialmente a ferramenta comunicação, sem deixar de observar que essa prática requer dos enfermeiros:

- a) conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética da Enfermagem e a Lei do Exercício Profissional;
- b) orientar usuários, familiares e/ou cuidadores quanto ao tratamento e autocuidado;
- c) proceder à assistência ao usuário renal crônico em terapia renal substitutiva mediante aplicação do processo de enfermagem;
- d) participar da seleção e indicação da terapia renal substitutiva;
- e) acompanhar e monitorar os exames laboratoriais e de imagens, periodicamente;
- f) acompanhar o estado vacinal dos usuários, encaminhando-os para vacinação, quando necessário;
- g) supervisionar e orientar procedimentos de desinfecção de máquinas, equipamentos, dialisadores, mobília, áreas e artigos;
- h) elaborar normas e rotinas de trabalho da equipe de enfermagem, além da prevenção e controle de infecções;
- i) prevenir, identificar e tratar complicações referentes aos tratamentos em conjunto com a equipe de saúde;
- j) realizar treinamento de usuários, familiares e/ou cuidadores em programa dialítico, cuidados com vias de acesso e transplante renal;
- k) participar no controle da eficiência do tratamento dialítico, em conjunto com a equipe de saúde, através da realização e análise do KT/v, PET e Indicadores (RE 1671/2006);
- l) realizar assistência de enfermagem a usuários graves, com procedimentos não delegáveis ao nível técnico;

- m) encaminhar usuários para os profissionais da equipe transdisciplinar; e
- n) prestar assistência humanizada e integral ao usuário, de acordo com os princípios do SUS (SVS/DVS, 2011).

A atenção de enfermagem tem por objetivo a assistência, considerando recursos humanos, materiais e estrutura física, proporcionando um ambiente adequado, com o objetivo de oportunizar ao usuário, familiar e/ou cuidador, o envolvimento no processo saúde - doença a partir de uma abordagem integral. Para tanto, faz-se necessário:

- a) proporcionar atenção direta de enfermagem ao usuário renal crônico, dentro das suas necessidades humanas básicas, afetadas pela doença renal;
- b) planejar, implementar, avaliar e acompanhar as ações da equipe de enfermagem, no atendimento ao usuário renal crônico em programa de terapia renal substitutiva;
- c) favorecer a integração transdisciplinar no atendimento ao usuário renal crônico, compartilhando dados que favoreçam uma abordagem assistencial holística; e
- d) favorecer o desenvolvimento de um ambiente humanizado (SVS/DVS, 2011).

Considerando-se as responsabilidades éticas e legais inerentes ao processo de comunicação dos enfermeiros com os usuários, seis princípios éticos fundamentais devem ser respeitados: autonomia, verdade, sigilo, não maleficência, beneficência e justiça. A verdade, neste contexto, está diretamente ligada à tomada de decisões e ao consentimento esclarecido, cuja noção depende de quatro elementos – a competência, referindo-se à capacidade do usuário quanto à tomada de decisão; o esclarecimento da informação, que visa capacitar o usuário para tomar esta decisão; a compreensão do usuário quanto às implicações dos tratamentos possíveis e a voluntariedade do usuário em aceitar o tratamento (BASTABLE, 2010, p. 52-54).

A assistência em saúde deve atender ao que traz a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, que objetiva efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Os profissionais devem, ainda, traduzir na

atenção aos usuários os três princípios da PNH: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004). Este processo remete a um exercício de reflexão sobre os princípios norteadores das práticas de Enfermagem, que adquire toda importância, já que o horizonte de significados da noção de ética não é de fácil delimitação.

Face ao exposto, torna-se fundamental a compreensão dos vieses bioéticos impressos na comunicação entre os enfermeiros e os usuários portadores de insuficiência renal crônica diante da escolha da terapia renal substitutiva, no que tange ao reconhecimento do usuário como autônomo neste processo comunicativo.

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Em que nível as questões bioéticas presentes na comunicação resultam do reconhecimento ou não dos usuários como sujeitos autônomos pelos enfermeiros do setor de nefrologia?

1.4 OBJETO DE ESTUDO

A comunicação acerca da terapia renal substitutiva como indicador do reconhecimento da autonomia do usuário.

E com este enfoque, construíram-se os seguintes objetivos:

1.5 OBJETIVOS

- Descrever a comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica acerca de sua terapia renal substitutiva;
- Analisar as esferas de reconhecimento da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica pelos enfermeiros, à luz de Axel Honneth;

- Discutir as consequências da comunicação dos enfermeiros com os usuários sobre sua terapia renal substitutiva.

1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A temática desta pesquisa está presente na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008), que aborda a ética e a bioética e traz a identificação dos dilemas morais na assistência à saúde sendo tratada como um problema persistente de aspecto bioético. O presente estudo aborda ainda outro tema considerado como prioritário para o desenvolvimento das políticas sociais, segundo o Ministério da Saúde: as questões éticas na comunicação e informação em saúde, no tocante à ética e direito de acesso à informação.

A pesquisa permite a avaliação da relação entre o princípio do respeito à autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica como resultado da construção dialógica da responsabilidade profissional do enfermeiro, podendo ser utilizada como contribuição para o ensino, pesquisa e no campo da prática, transferindo um significado efetivo na formação de profissionais capacitados para o reconhecimento dos usuários como sujeitos atuantes em sua assistência.

Este estudo encontra-se inserido na linha de pesquisa de Ética Profissional amparada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pertencente ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (NUCLEARTE) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Contribui, através de produções de pesquisas e seleções de publicações, para o aprofundamento de conhecimentos de bioética e demonstra a importância da Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth para o exercício da Enfermagem. Cabe ressaltar que esta teoria proposta por Honneth pode ser evidenciada em publicações recentes que emergem na área da saúde, mas é ainda pouco explorada, apesar da contribuição inegável.

Nesta pesquisa, houve o aprofundamento e solidificação da fundamentação sobre bioética, especialmente na perspectiva da área no princípio do respeito à autonomia e na relação de comunicação entre o profissional de enfermagem e o

usuário. Esta reflexão foi realizada no Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa do Porto, em Portugal, com a tutoria do professor Dr. Daniel Serrão e posteriormente com o apoio do professor Dr. Carlos Gomes, pesquisadores de referência em estudos sobre bioética na Europa e no mundo. Suas publicações dizem respeito à dignidade da pessoa humana e demais valores humanos, bem como reflexões atuais sobre os princípios bioéticos.

O encaminhamento foi estabelecido por vínculo com o professor Dr. Serrão e o professor co-orientador deste projeto de pesquisa Dr. André Marcelo Machado Soares, bem como pela proximidade dos estudos em Portugal com a bioética desenvolvida no Brasil. A partir deste encaminhamento, houve o consentimento da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, visto que há vínculo desta instituição com a Universidade Católica Portuguesa – Porto, bem como com o Instituto de Bioética da referida Universidade.

A visita à Instituição Internacional teve duração de dois meses, com um cronograma que incluiu a assiduidade nas aulas do curso de doutoramento (doutorado) multiprofissional em bioética, participação em eventos sobre bioética, incluindo exposição dialogada no IX Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem (6 e 7 de Novembro de 2014) na Universidade Católica Portuguesa do Porto, reuniões junto ao grupo de estudos dos docentes que prestaram tutoria e uma publicação conjunta sobre reflexões acerca da comunicação entre usuários e profissionais e a bioética no Brasil e em Portugal: um estudo comparativo. Esta publicação trará contribuições para o Grupo de Pesquisa em Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery no sentido de ampliar os conhecimentos existentes sobre bioética aplicada à Enfermagem.

1.6.1 ESTADO DA ARTE

A escassez de publicações acerca da temática abordada figura outra justificativa para a realização da pesquisa. Durante a busca de artigos foram encontradas 18 (dezoito) referências, dentre as quais, utilizadas 3 (três) após análise do título e resumo das mesmas quanto à adequação ao tema proposto. Essa

amostra emergiu dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME *Insuficiência renal crônica, Comunicação em saúde, Enfermagem, Ética e Bioética*.

As publicações selecionadas obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos encontrados na íntegra, publicados em língua portuguesa e inglesa, que possuíssem relação direta com os descritores e de domínio público (disponibilidade *online*) gratuito. Para seleção, realizou-se leitura dos títulos dos artigos, e, em caso de dúvida, de seus resumos. O acesso às publicações foi realizado por intermédio da homepage www.bvs.br. O vocabulário da BVS foi estruturado em duas línguas, português e inglês para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras. Foi desenvolvido a partir do MeSH - Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa nos dois idiomas supracitados, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma.

Existe um expressivo número de pesquisas abordando a temática da insuficiência renal crônica de modo geral; no entanto, ainda são em número insuficiente os que se relacionavam à comunicação dos enfermeiros com os usuários com esta especificidade clínica, principalmente na ótica da ética e da bioética.

Quanto ao ano de publicação, apenas um artigo foi publicado em 2006, outro em 2009 e o terceiro em 2010, nos bancos de dados acessados. Estes dados demonstram que a preocupação com as reflexões e questionamentos sobre a prática da enfermagem, bem como as questões éticas que cotidianamente surgem em seu campo de atuação são uma preocupação que teve impulso recentemente.

Com o passar dos anos, o enfermeiro tem avançado no controle das suas atividades, previstas tanto no Regulamento do Exercício Profissional (Lei n. 7498/86) como no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/07). Aumentam, junto com este avanço, os problemas éticos e responsabilidades relativos ao desempenho da profissão de enfermagem e a necessidade do conhecimento e solução destes (ROSENSTOCK ET AL, 2011).

Contudo, não foi evidenciada nesta busca nenhum estudo consonante com a temática proposta nesta Revisão Sistemática da Literatura publicado nos últimos 2 (dois) anos.

Todos os autores dos três artigos (100%) analisados são enfermeiros, o que demonstra que pesquisas realizadas por enfermeiros e sua divulgação vêm evoluindo no Brasil e no mundo, principalmente por meio dos periódicos científicos, que estimulam a produção de novos trabalhos e permite facilidade de arquivo e consulta. Entretanto, não são apenas os enfermeiros os profissionais que necessitam assumir o compromisso ético com os usuários, visto que a política de saúde explicita a importância da interdisciplinaridade e atuação de todos os membros da equipe em prol do acesso às informações.

A pesquisa em enfermagem busca solucionar problemas vivenciados no cotidiano dos enfermeiros, aproxima as dimensões teóricas e práticas do trabalho de enfermagem, contribui para a qualidade de vida da população, produz conhecimento e dá sustentação à prática de enfermagem, sendo, portanto, de relevância ímpar para essa categoria profissional.

Com vistas à ampliar o quantitativo de publicações que subsidiam e fundamentam teoricamente esta pesquisa, expandiu-se a investigação na base de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). As palavras-chave utilizadas foram *kidney failure*, *nursing* e *communication*.

Os critérios de seleção foram: artigos que versassem sobre o reconhecimento da autonomia dos usuários diante da escolha da terapia renal substitutiva, a comunicação como orientação para a emancipação dos usuários e a promoção da autonomia dos usuários dependentes de terapias renais substitutivas e artigos indexados na base de dados CINAHL, publicados na íntegra.

Foram encontrados 15 artigos utilizando as palavras-chave *kidney failure*, *nursing* e *communication*. Em seguida, procedeu-se à busca com as palavras-chave *kidney failure* e *nursing* e foi verificado um total de 102 artigos, totalizando-se 117 referências.

Com a amostra de 117 artigos, foi realizada a leitura exaustiva do título, resumo e palavras-chave dos estudos, garantindo que os mesmos contemplassem a

questão norteadora da revisão. Em caso de dúvida a respeito da seleção, optou-se por incluir o estudo para decisão final após leitura de seu conteúdo na íntegra.

Assim, após leitura exaustiva do título, resumo e palavras-chave foram excluídos 106 artigos da CINAHL, pois não se enquadravam nos critérios de seleção estabelecidos para o estudo. Nesta pesquisa, 11 artigos foram selecionados e analisados. A busca dos artigos e seus resultados foram validados por duas revisoras especialistas.

Buscando-se a temática nas bases de dados, verificou-se que este assunto é escasso no que se refere a publicações na perspectiva dos descritores mais específicos deste estudo. De fato, existe um expressivo número de pesquisas abordando a temática da insuficiência renal crônica de modo geral; no entanto, ainda são em número insuficiente as que se relacionavam à comunicação dos enfermeiros com os usuários com esta especificidade clínica, principalmente na ótica da ética e da bioética.

A pesquisa em enfermagem busca solucionar problemas vivenciados no cotidiano dos enfermeiros, aproxima as dimensões teóricas e práticas do trabalho de enfermagem, contribui para a qualidade de vida da população, produz conhecimento e dá sustentação à prática de enfermagem, sendo, portanto, de relevância ímpar para essa categoria profissional.

Em relação à apreciação do conteúdo dos 14 artigos analisados, verificou-se que os usuários portadores de insuficiência renal crônica acabam tornando-se pessoas desanimadas e muitas vezes, pela influência direta no cotidiano ou por falta de orientações, acabam abandonando o tratamento ou não dando importância aos cuidados constantes que deveriam ter. São vários os fatores que influenciam na adesão ao tratamento, dentre estes as características da terapia, peculiaridades do usuário e, principalmente, os aspectos do relacionamento com a equipe multidisciplinar (BRANCO; LISBOA, 2010). Aspectos íntimos, tais como a espiritualidade do usuário deve também ser considerada, já que influencia suas atividades diárias (SONG ET AL, 2009, tradução nossa).

O processo de orientação deve ocorrer de forma contínua. Uma opção é a possibilidade da implantação de consultas de enfermagem associadas à presença de parte da equipe multidisciplinar que compõe a assistência em nefrologia, como,

por exemplo, os serviços de psicologia e nutrição (BRANCO; LISBOA, 2010). Nesse momento, com a integração dos profissionais de saúde e usuários, poderão ser evidenciadas e analisadas em conjunto as questões pertinentes à escolha da terapia renal substitutiva e suas consequências vitais, buscando alternativas para uma melhor adesão terapêutica.

Nesse sentido, poderão ser desenvolvidas atividades em conjunto, a exemplo de estratégias de orientações coletivas, esclarecendo dúvidas e buscando soluções para problemas reais e potenciais de saúde e/ou sociais.

Outra questão levantada pelas publicações pauta-se na constatação de que os enfermeiros, por conta da autoridade que permeia seus papéis na unidade de saúde, acabam por vezes desrespeitando a autonomia dos usuários no que concerne à decisão de seu tratamento. O poder disciplinar é uma forma de poder exercido sobre um indivíduo, ou muitas pessoas, a fim de produzir efeitos sobre a sua conduta, hábitos e atitudes. Na verdade, o poder disciplinar produz não só corpos dóceis, mas também novas subjetividades. Opera por meio de um impressionante conjunto de ferramentas, tais como a observação hierárquica (vigilância implacável); o julgamento (criação de normas, (micro) penalidades e recompensas) e o exame (olhar clínico) (HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006, tradução nossa). Assim, os enfermeiros, ao exercerem o poder disciplinar, fazem com que os usuários acatem suas orientações sem discuti-las.

Na enfermagem, o respeito pela autonomia do paciente deverá estar sempre presente em uma conduta ética. É de responsabilidade dos enfermeiros garantir que os usuários disponham de todas as informações necessárias para tomar decisões, principalmente quando a escolha terá impacto sobre o resto de sua vida.

1.7 CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA

O estudo suscita novos recortes e, portanto, abre caminho para um novo campo de estudo diante das implicações éticas para o Cuidado de Enfermagem e uma nova consciência sobre este; traz, a partir de reflexões prévias, o novo elemento – moral – para análise junto à integralidade da assistência, que é o

reconhecimento a partir dos valores dos usuários, proposto por Axel Honneth. Defende a importância do conhecimento e informação sobre as múltiplas possibilidades de cuidados em saúde como importante estratégia para a humanização e respeito à autonomia dos usuários e argumenta sobre o conhecimento como uma forma natural de participar de um mundo socialmente e fundamentalmente calcado em relações de cuidado/poder.

Entende-se que a relação entre saber e poder na área da saúde é intensa e dialética, constituindo-se, por vezes, em instrumento de dominação e, em outras vezes, de conhecimento e libertação. Assim, o estudo aborda a relação entre enfermeiro e usuário na perspectiva de humanização e do cuidado e mostra a importância de oportunizar ao usuário decidir autonomamente o que é melhor para si.

Para o ensino, a contribuição da pesquisa consiste em proporcionar acesso a novos conteúdos que podem e devem ser incorporados ao currículo de enfermagem, para que facilitem aos graduandos a vivência de experiências teóricas e práticas baseadas em uma postura crítica, conceitual e estrutural acerca da assistência de enfermagem aos usuários hospitalizados portadores de insuficiência renal crônica, aprimorando assim os sentidos do cuidar dentro de uma ótica real, próxima das demandas de cuidado expressas por essa clientela no cotidiano do trabalho da Enfermagem.

Também é relevante destacar que se almeja que os dados identificados permitam uma reflexão crítica acerca do objeto proposto e, assim, possibilite discussões sobre o papel do enfermeiro que atende aos usuários portadores de insuficiência renal crônica. Ademais, a atenção a estes usuários também representa uma oportunidade ampla para o ensino das práticas da profissão que não se limitam aos conhecimentos de saúde, mas se estende a todo um contexto de compreensão de vida dos sujeitos cuidados.

Pretende-se também que os resultados obtidos tragam contribuições para o Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE), no sentido de articular as discussões em torno da ética aplicada ao Cuidado de Enfermagem.

É importante para o enfermeiro dispor não apenas de competência e habilidades técnicas, mas de habilidade de negociação diante dos conflitos, tendo

uma visão apurada da complexidade que se configura a atuação profissional. Espera-se que a pesquisa contribua para iluminar o campo de saberes e práticas dos enfermeiros, que tem como horizonte impasses éticos, mediante o saber-refletir do profissional frente à promoção da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica.

Por fim, com os resultados apresentados, espera-se ser possível subsidiar e orientar a comunicação dos enfermeiros com estes usuários, com a finalidade de permitir e incentivar o seu protagonismo na assistência em saúde.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS

2.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS TERAPIAS RENAI SUBSTITUTIVAS

O acolhimento ao usuário portador de insuficiência renal crônica recém-admitido no setor de nefrologia deve ser realizado em um ambiente tranquilo e isento de interferências, de preferência em conjunto com familiares, e tem por objetivo esclarecer o papel dos profissionais envolvidos no cuidado, a necessidade do tratamento, tipos e formas de confecção de acesso, as terapias renais substitutivas disponíveis, normas e rotinas do serviço, detecção de outras comorbidades e sanar possíveis dúvidas. O enfermeiro tem papel primordial no acolhimento, na escolha e nos esclarecimentos das condutas terapêuticas a serem implementadas.

As atuais modalidades de tratamento para Doença Renal Crônica (DRC) são: conservadora – dieta e medicamentos; dialítico [hemodiálise (HD)] e diálise peritoneal [ou DP: diálise peritoneal intermitente (DPI); diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); e diálise peritoneal automatizada (DPA)]; e transplante renal (TR: doador vivo ou doador-cadáver). A DRC é um problema de saúde pública mundial – sua incidência e prevalência aumentam progressivamente, com evolução desfavorável e custo elevado (MOURA ET AL, 2009).

Segundo Balbo et al (2007), diálise é um processo artificial que serve para retirar, por filtração, todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela insuficiência renal crônica. Isto pode ser feito usando a membrana filtrante do rim artificial e/ou da membrana peritoneal. Na diálise peritoneal, as trocas são feitas entre o sangue contido nos capilares peritoneais e a solução de diálise infundida na cavidade. A membrana peritoneal é composta de diversas camadas: endotélio, membrana basal endotelial, interstício e mesotélio. Essas camadas impõem grau variável de resistência à passagem dos solutos (MARGETTS E BRIMBLE, 2006, tradução nossa).

A hemodiálise é um processo mecânico de filtração e depuração do sangue, extraindo dele as substâncias que trazem prejuízo ao organismo. Geralmente estas sessões são realizadas de três a quatro vezes por semana, com duração de quatro horas cada uma (CABRAL, 2007). Para isso, faz-se necessária a ação da enfermagem de forma sistemática nos cuidados para manutenção do cateter venoso para hemodiálise e prevenção de infecção (NASCIMENTO ET AL, 2009).

Atenção especial deve ser dada a: vias de acesso, cateter venoso temporário percutâneo e acesso venoso permanente. Em relação às **vias de acesso**, deve-se proceder à avaliação das suas condições objetivando identificar e resolver dificuldades que possam resultar em evento adverso.

Quanto ao **cateter venoso temporário percutâneo**, de curta e de longa permanência, os cuidados incluem heparinização, curativos, orientações a cuidados domiciliares/autocuidado, observação da presença de sinais flogísticos e antibioticoterapia preventiva ou curativa.

Quando se considera o acesso venoso permanente (fístula arteriovenosa – FAV, enxertos, próteses – PTFE), providencia-se a antisepsia do membro, punção escalonada ou punção tunelizada, pela técnica de Buttonhole, com agulha apropriada, adequação de agulhas, orientações a exercícios e cuidados contínuos e observação da presença de sinais flogísticos.

As avaliações hemodinâmica e volêmica, também primordiais, têm por objetivo determinar, em conjunto com a equipe de saúde, a ultrafiltração (UF) durante a sessão de hemodiálise e estabelecimento de **Peso Seco**, bem como uso de recursos (perfis) das máquinas.

É necessário o **estabelecimento de protocolos, normas e rotinas** objetivando organizar e unificar as ações desenvolvidas dentro do serviço de diálise, bem como diminuir os riscos de agravos à saúde do paciente e de funcionários, garantindo um tratamento dialítico eficiente e seguro.

Deve ocorrer, ainda, a **revisão de protocolos, normas e rotinas** pré-estabelecidas, visto que é fundamental para a atualização da equipe de saúde na assistência ao paciente portador de doença renal crônica em tratamento dialítico, mantendo-a sempre informada quanto as novas propostas para melhoria da qualidade no atendimento ao paciente renal.

Além do **controle sistemático de infecção e eventos adversos**, deve haver o **controle e supervisão de coleta de exames admissionais e rotinas**, visto que, visando cumprir a periodicidade de exames estabelecidos na RDC 154/04, o enfermeiro tem papel primordial no controle e supervisão das coletas de exames mensal, trimestral, semestral e anual dos pacientes em tratamento dialítico, bem como agendamento das coletas com órgãos municipais e /ou conveniados aos serviços (SVS/DVS, 2011).

Considerando as propostas para a elaboração de uma regulamentação técnica para os procedimentos dialíticos em usuários com insuficiência renal aguda ou com insuficiência renal crônica da Sociedade Brasileira em Nefrologia e Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, são competências do enfermeiro:

8. Recomendações Profissionais (Enfermagem)

8.2 São Competências do Enfermeiro no cuidado ao usuário submetido a métodos dialíticos com circulação extracorpórea:

8.2.1 Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem, em usuários submetidos ao tratamento dialítico com circulação extracorpórea, categorizando-o como um serviço de alta complexidade.

8.2.2 Ligar e desligar o sistema dialítico na presença do médico nefrologista responsável pelo paciente.

8.2.3 Preparar e desconectar o sistema dialítico conforme protocolo previamente definido pelos responsáveis técnicos.

8.2.4 Monitorar o procedimento dialítico instalado bem como atender as necessidades clínicas do usuário durante o procedimento de acordo com protocolo terapêutico previamente definido pelos responsáveis técnicos.

8.2.5 Elaborar protocolos terapêuticos de enfermagem para prevenção, tratamento e minimização de ocorrências adversas aos usuários submetidos ao tratamento dialítico com circulação extracorpórea.

8.2.6 Realizar assistência baseada no Processo de Enfermagem direcionado a usuários em tratamento dialítico com circulação extracorpórea.

8.2.7 Assistir de maneira integral aos usuários e suas famílias tendo como base o código de ética dos profissionais e a legislação vigente.

8.2.8 Cumprir e fazer cumprir as normas regulamentares e legislações pertinentes às áreas de atuação.

Considerando a Nota Técnica Nº 006/2009 - GGTES/ANVISA que tem como objetivo estabelecer parâmetros para execução de procedimentos dialíticos em ambiente hospitalar fora dos serviços de diálise abrangidos pela RDC/ANVISA n. 154, de 15 de junho de 2004, a Gerência Geral de Tecnologia Serviços de Saúde – GGTES/ANVISA – adota as seguintes recomendações: “o procedimento hemodialítico deve ser supervisionado integralmente por um médico e um enfermeiro e acompanhado por um técnico de enfermagem exclusivo para a execução do mesmo”.

O Parecer Nº 020/2011 que trata da atribuição dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem em Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise e diálise

peritoneal) em Unidade de Terapia Intensiva do Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal, conclui:

Em virtude de o método dialítico ser parte integrante do rol de modalidades terapêuticas destinadas ao paciente crítico e/ou grave compete, além do profissional enfermeiro, ao técnico de enfermagem em unidade de terapia intensiva a realização de hemodiálise e de diálise peritoneal sob supervisão do primeiro. Cabendo ao auxiliar de enfermagem o apoio operacional na vigilância e identificação de possíveis complicações no procedimento e no paciente.

No tocante às relações profissionais com o usuário, família e comunidade, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dispõe sobre os deveres e responsabilidades:

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Em relação ao transplante renal, pode-se dizer que constitui o tratamento mais adequado para a insuficiência renal crônica, porém é necessário selecionar, entre os portadores de insuficiência renal crônica, aqueles que preenchem os critérios, levando-se em consideração o aspecto técnico-cirúrgico, sobrevida e recidiva da doença (PEREIRA, 2004).

Os usuários portadores de insuficiência renal crônica devem ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, nas Unidades Básicas de Saúde e nos casos que requerem, nas unidades de atenção especializada em doença renal crônica, para orientações e educação como, por exemplo: aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida; avaliação nutricional; orientação sobre exercícios físicos e abandono do tabagismo; inclusão na programação de vacinação; seguimento contínuo dos medicamentos prescritos; programa de educação sobre Doença Renal Crônica e Terapia Renal Substitutiva; orientação sobre o auto cuidado; orientações sobre as modalidades de tratamento da Doença Renal Crônica; cuidado ao acesso vascular ou peritoneal, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), as unidades especializadas em Doença Renal Crônica devem disponibilizar informações relativas ao tratamento do usuário, e essas informações devem conter em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma cópia deverá ser entregue ao usuário e outra deve ser anexada ao prontuário. Cada unidade pode ter o seu texto próprio, entretanto as informações mínimas que devem conter nesse documento são:

I - Normas e Rotinas do serviço de diálise incluindo os direitos e deveres do usuário renal crônico.

II - Tipos de tratamentos disponíveis na rede de assistência à saúde: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante, bem como seus benefícios e riscos.

III - A doença renal crônica, os cuidados com o acesso dialítico (fístulas e cateteres), as possíveis intercorrências, alimentação e como proceder em viagens.

IV - Telefones para denúncia, endereços das associações de usuários e da vigilância sanitária.

V - Condições para entrada e como acompanhar sua situação na fila de transplante.

As unidades especializadas em DRC devem fornecer ao paciente documento sumário, para eventual atendimento fora da unidade de diálise, com as seguintes informações básicas:

I - Doenças de base e comorbidades;

II - Sorologias;

III - Alergias conhecidas;

IV - Familiar e profissional de contato em caso de emergência;

V - Outras observações importantes, tais como, não garrotear membro com fístula, uso de anticoagulantes, não utilizar os cateteres de diálise.

2.2 COMUNICAÇÃO COMO CUIDADO

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entende-se que comunicação é o

intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da informação. Freire (1988, p. 65) afirma:

o mundo social e humano não existiria como tal se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico.

Neste estudo, parte-se da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra melhor assistência ao usuário e à sua família, que vivenciam ansiedade e estresse decorrentes do processo envolvido nas terapias renais substitutivas.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-usuário, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanizada e personalizada de acordo com suas necessidades, e principalmente que o reconheça e estimule em sua autonomia. A assistência deve ser prestada à luz de um cuidado holístico, que perpassa por um processo comunicativo eficaz entre o enfermeiro e o usuário. Todavia entende-se que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que, para haver comunicação, a expressão verbal ou não-verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro. Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e conseqüentemente comprometendo a assistência.

Comunicar com qualidade passa pela compreensão da capacidade de estar trocando com o outro, do nível de troca, da disponibilidade e do conhecimento do profissional de saúde. Toda comunicação, portanto, tem duas partes: a primeira é o conteúdo, o fato, a informação que se quer transmitir e a segunda, o que se sente durante este processo (SILVA, 2002).

A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que se quer comunicar, a intenção, a emoção e o que se pretende com a aproximação com o usuário.

Na comunicação não estão envolvidas apenas as palavras expressas – que podem ser dimensionadas como comunicação verbal; acontece que toda comunicação humana, face-a-face, interpessoal, também se faz através da comunicação não-verbal, ou seja, de todas as formas de comunicação que não envolvem diretamente

as palavras. Pode-se afirmar que em um relacionamento interpessoal a comunicação verbal, sozinha, não existe, pois além dela existe a maneira como se fala - que se chama paraverbal:

os silêncios e grunhidos que utilizamos ao falar, as pausas que fazemos entre as frases e palavras, a ênfase que colocamos na voz. Além do paraverbal temos as expressões faciais, as nossas posturas corporais diante do outro, a maneira como o tocamos, as distâncias interpessoais que mantemos com essa outra pessoa (Ibid., 2002).

Para que a comunicação ocorra de maneira efetiva, há a necessidade de coerência entre as palavras e em toda comunicação não-verbal, até porque esta possui quatro finalidades, segundo Silva (2002): “a primeira é complementar a comunicação verbal, a segunda é contradizer o verbal, a terceira, é substituir o verbal e a quarta é a demonstração dos reais sentimentos”. Geralmente, não há consciência ou controle voluntário de toda essa sinalização não-verbal.

Na humanização do atendimento as dimensões da comunicação precisam da habilidade do enfermeiro: há de se ter clareza da intenção, permitindo atenção na complementariedade da fala e do comportamento. Só assim a informação será transmitida em sua totalidade e o usuário será reconhecido como sujeito autônomo. A consciência dos atos dos usuários se deve às percepções adquiridas pelo mesmo por meio da comunicação com os profissionais de saúde. É através da informação recebida e interpretada que são feitas reflexões e, conseqüentemente, constatações. Mas apenas o diálogo das palavras verdadeiras comunica. Para Freire, o modelo da comunicação dialógica implica em respeito, condição de igualdade, liberdade e amor:

diante de situações existenciais provocadoras e livres – que usam como base da conversa a troca e a indagação – todos falam, todos escutam, todos duvidam, todos compreendem, diversa e horizontalmente, sem hierarquias, sem ordem ou importância de fala, sem opressores e oprimidos, sem poder em disputa (FREIRE, 2005, p.92).

Assim está fundada a condição da autonomia: comunicar para Freire (2005) implica em formar seres conscientes de sua participação - e da participação do outro - no mundo.

Autonomia que não brota, mas sobrevive a um processo; que não é automática, mas construída na medida em que a consciência da vida

se instala no cotidiano; que não transforma por existir, mas existe como possibilidade de transformar. Autonomia, que revela a história dos homens e oferece caminhos para a arquitetura de um futuro. Ler o mundo e pensar criticamente sobre esse mundo é dizer, imaginar e fincar os pés no chão.

2.3 TEORIA DO RECONHECIMENTO DE AXEL HONNETH

Axel Honneth, professor da Universidade de Frankfurt e diretor, desde 2001, do Instituto de Pesquisa Social sediado na mesma cidade, é um dos principais pensadores alemães da atualidade. Em seu livro “Luta por Reconhecimento”, demonstra que a base desta teoria reside na ideia de que o florescimento humano – e a autorrealização pessoal – depende da existência de relações éticas bem estabelecidas. Buscando uma inflexão empírica, Honneth estabelece os padrões de reconhecimento intersubjetivo: o amor (que gera a autoconfiança), o direito (autorrespeito) e a solidariedade (autoestima). Focalizando os conflitos que se originam de uma experiência de desrespeito social, delineia a ideia de uma teoria crítica da sociedade na qual os processos de mudança social devem ser explicados tendo em vista as ações que buscam restaurar relações de reconhecimento mútuo ou justamente desenvolvê-las em um nível evolutivo superior. Nesse sentido, as lutas por reconhecimento podem ser vistas como força moral que impulsiona desenvolvimentos sociais.

A palavra reconhecimento é a tradução do alemão *anerkennung*. É importante ter isso em mente, pois *anerkennung* tem um sentido mais estrito do que o português reconhecimento. Bethânia Assy e João Feres Júnior (2006, p. 705) explicam que

pode-se dizer que o conceito filosófico de reconhecimento não significa simplesmente a identificação cognitiva de uma pessoa, mas sim, tendo esse ato como premissa, a atribuição de um valor positivo a essa pessoa, algo próximo do que entendemos por respeito.

“Luta por Reconhecimento” é a principal sistematização de uma teoria do reconhecimento. Honneth busca fundamentar solidamente, a partir dos escritos do jovem Hegel, a ideia de que é a luta por reconhecimento que constitui, como diz o

subtítulo de sua obra, a gramática dos conflitos sociais, uma gramática moral, sem cunho utilitarista.

Este é o grande avanço teórico da obra do filósofo alemão: retirando da obra de Hegel todo elemento transcendental a partir de sua conjugação com a imanência da psicologia social de Mead, Honneth constrói a hipótese fundamental de que a experiência do desrespeito (isto é, de não-reconhecimento) “é a fonte emotiva e cognitiva de resistência social e de levantes coletivos” (HONNETH, 2003, p. 227).

Assim, deve-se entender a luta social como

o processo prático no qual experiências individuais de desrespeito são interpretadas como experiências cruciais típicas de um grupo inteiro, de forma que elas podem influir, como motivos diretores da ação, na exigência coletiva por relações ampliadas de reconhecimento (Ibid., p. 257).

As lutas por reconhecimento ganham a dimensão de fundamento dos avanços normativos sociais.

Honneth propõe, com Hegel, uma tipologia progressiva de formas de reconhecimento: amor, direito e solidariedade. A esfera do amor permite ao indivíduo uma confiança em si mesmo, indispensável para os seus projetos de auto-realização pessoal; na esfera jurídica, a pessoa individual é reconhecida como autônoma e moralmente imputável, desenvolvendo uma relação de auto-respeito; na esfera da solidariedade, a pessoa é reconhecida como digna de estima social. A esses três padrões de reconhecimento intersubjetivo correspondem, dialeticamente, três maneiras de desrespeito: a violação, a privação de direitos e a degradação, respectivamente. É em resistência a essas formas de não-reconhecimento que se desencadeiam os conflitos sociais, tendo por resultado sua paulatina superação.

Procura mostrar que, junto com o surgimento de uma moral ou de uma sociedade pós-tradicional, houve também uma separação da função do Direito e daquela do juízo de valor. Os sujeitos de direito precisam estar em condições de desenvolver sua autonomia, a fim de que possam decidir racionalmente sobre questões morais. Aqui Honneth tem em mente a tradição dos direitos fundamentais liberais e do direito subjetivo em condições pós-tradicionais, que indicam a direção do desenvolvimento histórico do Direito.

No “reconhecimento jurídico”, (...) todo ser humano deve ser considerado, sem distinção, um “fim em si”, ao passo que o “respeito social” salienta o “valor” de um indivíduo, na medida em que este se mede intersubjetivamente pelos critérios de relevância social (Ibid., p.184).

O pensador explicita que uma experiência social de desrespeito atua como uma forma de freio social que pode levar à paralisia do indivíduo ou de um grupo social. Por outro lado, ela mostra o quanto o ator social é dependente do reconhecimento social. Honneth sustenta que o indivíduo está sempre vinculado em uma complexa rede de relações intersubjetivas e que, conseqüentemente, ele é dependente estruturalmente do reconhecimento dos outros indivíduos.

O modelo da luta por reconhecimento deve, portanto, cumprir duas tarefas: ser um modelo de interpretação do surgimento das lutas sociais e do processo de desenvolvimento moral. Só então esse modelo estará em condições de realizar uma ordenação sistemática dos fenômenos históricos e sociais, que sem esse modelo permaneceriam amorfos.

Este modelo explicita uma gramática, uma semântica subcultural, na qual as experiências de injustiça encontram uma linguagem comum, que indiretamente oferece a possibilidade de uma ampliação das formas de reconhecimento. A análise dos acontecimentos sociais permite explicá-los como estágios de um processo de formação moral que se dá por meio do conflito e cuja direção é dada pela ideia-guia da ampliação das relações de reconhecimento.

Percebe-se logo, portanto, que o tipo de luta social que Honneth privilegia em sua teoria do reconhecimento não é marcado em primeira linha por objetivos de autoconservação ou aumento de poder – uma concepção de conflito predominante tanto na filosofia política moderna como na tradição sociológica, a qual elimina ou tende a eliminar o momento normativo de toda luta social. Antes, interessam-lhe aqueles conflitos que se originam de uma experiência de desrespeito social, de um ataque à identidade pessoal ou coletiva, capaz de suscitar uma ação que busque restaurar relações de reconhecimento mútuo ou justamente desenvolvê-las num nível evolutivo superior. Por isso, para Honneth, é possível ver nas diversas lutas por reconhecimento uma força moral que impulsiona desenvolvimentos sociais.

A reconstrução da lógica dessas experiências do desrespeito e do desencadeamento da luta em sua diversidade se articula por meio da análise da

formação da identidade prática do indivíduo em um contexto prévio de relações de reconhecimento. E isto nas três dimensões distintas, mas interligadas: desde a esfera emotiva que permite ao indivíduo uma confiança em si mesmo, indispensável para os seus projetos de autorrealização pessoal, até a esfera da estima social em que esses projetos podem ser objeto de um respeito solidário, passando pela esfera jurídico-moral em que a pessoa individual é reconhecida como autônoma e moralmente imputável, desenvolvendo assim uma relação de autorrespeito. No entanto, é somente nas duas últimas dimensões que Honneth vê a possibilidade de a luta ganhar contornos de um conflito social, pois na dimensão emotiva não se encontra estruturalmente, segundo ele, uma tensão moral que possa suscitar movimentos sociais, o que não faltaria às formas de desrespeito como a privação de direitos e a degradação de formas de vida, ligadas respectivamente às esferas do direito e da estima social (Ibid., p.18).

No primeiro caso, o reconhecimento jurídico não tolera graduações, ou seja, “temos de lidar com um respeito universal pela liberdade da vontade da pessoa” (Ibid., p.184). Assim,

um sujeito é capaz de se considerar, na experiência do reconhecimento jurídico, como uma pessoa que partilha com todos os outros membros de sua coletividade as propriedades que capacitam para a participação numa formação discursiva da vontade; e a possibilidade de se referir positivamente a si mesmo desse modo é o que podemos chamar de “autorrespeito” (Ibid., p.197).

Já sobre o reconhecimento da estima social ou solidariedade, conclui que “um padrão de reconhecimento dessa espécie só é concebível de maneira adequada quando a existência de um horizonte de valores intersubjetivamente partilhado é introduzida como seu pressuposto” (Ibid., p.199). Na medida em que todo sujeito nas sociedades modernas se coloca em condições de estimar a si mesmo, pode-se então falar de um estado pós-tradicional de solidariedade social. A solidariedade está ligada à suposição de relações sociais de estima simétrica entre os sujeitos autônomos, e abre como horizonte uma concorrência individual por estima social não turvada por experiências de desrespeitos. Honneth acrescenta que o termo “simétrico” não pode significar aqui “estimar-se mutuamente na mesma medida” e sim que “todo sujeito recebe a chance, sem graduações coletivas, de experienciar a

si mesmo, em suas próprias realizações e capacidades, como valioso para a sociedade” (Ibid., p.211).

Apresenta uma teoria que sintetizando perspectivas diversas – sociológica, psicanalítica e filosófica – oferece um modelo abrangente e original de compreensão da realidade social. Um texto necessário à Enfermagem, no momento em que se torna claro que os conflitos éticos colocam em pauta a luta pela dignidade humana, pela integridade física e pelo reconhecimento do valor das diversas culturas e modos de vida dos usuários dos serviços de saúde. O princípio da autonomia exige que os enfermeiros aceitem que os usuários se autogovernem, ou seja, sejam autônomos, quer nas suas escolhas, quer nos seus atos.

Na situação em que o estudo se apresenta, a relação de reconhecimento se traduz no respeito pela autonomia que o enfermeiro deve ter em relação ao usuário. Aqui, a comunicação deve ser compreendida como orientação para a emancipação, ou seja, a capacidade de reconhecer na racionalidade do outro as condições que possibilitarão uma escolha livre. Apoiado na teoria do agir comunicativo de Habermas, Honneth apresenta sua teoria como construção de uma racionalidade que se comunica através do princípio da liberdade, que constitui um motor das sociedades democráticas de direito.

Sendo a interação entre enfermeiro e usuário um relacionamento contratual que implica direitos e deveres para ambas as partes, o enfermeiro não pode prescindir das decisões do usuário sempre que seu estado clínico permitir expressá-las; há de se garantir o reconhecimento do usuário acerca do domínio sobre sua própria vida e liberdade.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Para Leopardi (2002, p.163), “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”. Esta pesquisa é descritiva e exploratória com abordagem qualitativa.

As pesquisas descritivas caracterizam-se pela necessidade de se explorar uma situação desconhecida, da qual espera-se maiores informações. Explorar uma realidade consiste em identificar suas características, sua regularidade ou sua mudança (Ibid.).

E, por pressupor que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre, este estudo também é exploratório. Gil (2008, p.43) refere que a pesquisa exploratória, permitindo o controle dos efeitos desvirtuadores da percepção do pesquisador, permite que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja; logo, tem por finalidade o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e apuro das hipóteses.

Leopardi (Ibid.) considera que, “na pesquisa qualitativa, o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim, a qualidade que elas apresentam”. Nesta pesquisa, buscar-se-á compreender o problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, a partir da sua vida diária, dos desapontamentos, surpresas, sentimentos, desejos e outras emoções destes.

3.2 CENÁRIO

As entrevistas foram realizadas no setor de nefrologia de um Hospital Universitário do Município do Rio de Janeiro - RJ, no período compreendido entre o primeiro e segundo semestre de 2014.

Este cenário foi escolhido devido à atuação prática e vivência cotidiana prévias, mediante estágio curricular da pesquisadora enquanto acadêmica de Enfermagem, onde as questões éticas e morais na comunicação anteriormente citadas foram observadas e descritas pelos enfermeiros atuantes no setor. A escolha também atende à demanda dos profissionais da unidade, no sentido de possibilitar uma publicação recente que seja capaz de subsidiar a prática assistencial do Cuidado de Enfermagem pautada nos fundamentos da ética e bioética.

3.3 PARTICIPANTES

São participantes os usuários portadores de insuficiência renal crônica internados no setor de nefrologia do referido Hospital, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, que aceitem participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa aqueles usuários comprometidos clinicamente e incapacitados de responder às perguntas. Neste estudo, os usuários serão os instrumentos de aferição da atuação profissional dos enfermeiros.

Outros participantes são os enfermeiros atuantes neste setor. Os critérios de inclusão: enfermeiros que assistem diretamente os usuários portadores de insuficiência renal crônica, de ambos os sexos. São critérios de exclusão os enfermeiros que atuam no setor com outra função e aqueles afastados do serviço por licença médica ou gozando de férias.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Um dos pontos importantes para o planejamento das pesquisas na área das Ciências da Saúde é a questão ética em relação à participação de pessoas de acordo com o delineamento metodológico de cada estudo (BRASIL, 2007).

No Brasil, os aspectos éticos envolvidos em atividades de pesquisa com seres humanos estão regulamentados pelas diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelecida em 12 de Dezembro de 2012. O CNS tem por objetivo, além de evitar abusos e proteger os sujeitos das pesquisas, contribuir para o desenvolvimento seguro de investigações que possam realmente beneficiar a sociedade brasileira.

Para garantir os aspectos éticos, determinados na Resolução 466/12, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEAN/HESFA/UFRJ através da Plataforma Brasil, gerando folha, pela qual se obteve a autorização da instituição onde as entrevistas foram realizadas, bem como, o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado e rubricado por pesquisadores e depoentes, sob o protocolo 27810014.0.0000.5238. O anonimato dos depoentes foi garantido através de codificação dos dados, analisados e publicados, preservando, assim, o sigilo sobre os sujeitos.

Respeitaram-se os quatro princípios básicos da bioética, incorporados pela Resolução 466/12, sob a ótica individual e coletiva: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado. A autonomia inclui o respeito pela pessoa, à sua vontade, aos seus valores morais e crenças; significa que a pessoa deve ser considerada como um ser capaz de deliberar e tomar as próprias decisões no que se refere aos cuidados de saúde. A beneficência diz respeito à intenção de maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos ao indivíduo. O princípio da não-maleficência implica no dever de não ocasionar danos ou malefícios às pessoas e impedir que elas sejam colocadas sob riscos adicionais. O quarto princípio, a justiça, se refere à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que se considera moralmente correto e apropriado (CORTINA & MARTINEZ, 2005).

Todas as etapas do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido foram seguidas; primeiramente o esclarecimento ao voluntário a participar da pesquisa, no momento e local mais adequados para que seja efetuado, prestando-se informações em linguagem clara e acessível e concedendo o tempo adequado para que este pudesse refletir e tomar uma decisão livre e esclarecida; em seguida apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que fosse lido e compreendido antes da adesão à pesquisa.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) há a descrição do procedimento de pesquisa para a leitura, apreciação e assinatura do sujeito da pesquisa. O TCLE é um meio de garantir a voluntariedade dos participantes, buscando preservar a autonomia de todos os sujeitos. A sua redação está adequada ao nível de compreensão dos indivíduos e será aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), juntamente com todo o projeto de pesquisa.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Esta pesquisa não apresenta riscos adicionais; há probabilidade de ocorrência de desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais no momento da entrevista, podendo ocasionar modificação nas emoções, estresse emocional relacionado a experiências com a doença e culpa. Nesses casos, o participante poderá desistir da entrevista sem consequências ou ônus, ou dar um espaço de tempo e continuar a responder, caso seja sua vontade.

Os benefícios estão relacionados com o conhecimento gerado através dos dados obtidos e posterior discussão e reflexão dos depoimentos, possibilitando orientar a comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica. Os resultados da pesquisa trarão benefícios indiretos aos participantes, que dar-se-ão a longo prazo e que, a curto prazo, proporcionará oportunidade de reflexão acerca da sua atuação, contribuindo para iluminar o campo de saberes e práticas dos enfermeiros, que tem como horizonte impasses éticos, mediante o saber-refletir do profissional frente à promoção da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica.

3.6 VALIDAÇÃO DA PESQUISA

No estudo metodológico, o pesquisador tem por meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas. Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; HUNGLER, 2004, p.167).

Assim, tendo em vista a validação dos questionários que foram utilizados para mediar as entrevistas com os usuários portadores de insuficiência renal crônica e com os enfermeiros do setor de nefrologia, empregou-se um teste piloto, realizado em um hospital diferente do cenário da pesquisa, não sendo utilizado para o desenvolvimento deste estudo.

Um teste piloto caracteriza-se pelo caráter experimental e é aplicado a uma pequena amostra de participantes. O objetivo do teste piloto, neste estudo, foi avaliar aspectos funcionais, tais como pertinência, organização e clareza das questões, de modo a corrigir e/ou melhorar eventuais problemas, antes da aplicação definitiva. Assim, o feedback que o teste piloto proporcionou permitiu observar que a redação das questões está clara a todos os questionados, bem como possuem o mesmo sentido para todos (IRAOSI, 2006).

3.7 COLETA DOS DADOS

Nesta pesquisa utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada em conjunto com a observação não participante. A observação tem como característica o fato de o pesquisador ser o principal instrumento e, para produzir bons dados, deve ser atenta, precisa, exata, completa, sucessiva e metódica (LEOPARDI, 2002).

Manzini apus Macklin (2003) considera a entrevista como importante instrumento de produção/construção de dados objetivos e subjetivos por possibilitar a participação direta dos sujeitos envolvidos no processo, ou seja, pesquisador e pesquisado. Considerando os objetivos da pesquisa e as análises sobre

planejamento, o estudo apresentará as características de uma pesquisa qualitativa em virtude de buscar a compreensão de fenômenos amplos e complexos de natureza subjetiva.

Nesta pesquisa, foi utilizada a entrevista semiestruturada individual, sendo elaborado um roteiro com perguntas utilizadas pela pesquisadora a fim de subsidiar as discussões sobre o tema abordado. Esta forma de entrevista permite certa organização dos questionamentos, ao mesmo tempo em que podem ser ampliados na medida em que as informações são fornecidas.

Triviños (1987) refere que a entrevista semiestruturada tem por característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa, e tais questionamentos dão frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador. Favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

Este tipo de entrevista está focalizado em um assunto sobre o qual foi confeccionado um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista (TRIVIÑOS, 1987); assim, podem emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

O roteiro serviu, então, para, além de coletar as informações básicas, como um meio para organização no processo de interação com o informante. Foi elaborado considerando-se duas finalidades: prover informações sobre a atuação dos enfermeiros do setor de nefrologia de um hospital federal do Rio de Janeiro, no tocante ao respeito à autonomia dos usuários internados portadores de insuficiência renal crônica e levantar as concepções destes usuários acerca de sua inclusão na terapia realizada.

A coleta das informações necessárias para atender os objetivos da pesquisa ocorreu em uma única sessão de entrevista para cada participante, sendo esta gravada por aparelho eletrônico e posteriormente transcrita.

A seguir, as informações obtidas nas entrevistas foram transformadas em dados de análise, após transcritos, organizados, codificados, submetidos à leitura e releitura para posterior análise do conteúdo. Além disso, os relatos foram comparados com conhecimentos disponíveis em literatura especializada.

As entrevistas com os participantes ocorreram em um espaço reservado e foram realizadas individualmente, tendo duração aproximada de 35 (trinta e cinco) minutos a 1 (uma) hora. A aproximação com os entrevistados deu-se da seguinte maneira: primeiramente houve a apresentação da pesquisadora e pesquisa, juntamente com a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser apreciado. O retorno da pesquisadora ao cenário deu-se dois dias após este processo, em busca dos participantes com os quais fora estabelecido o primeiro contato. Em seguida, as entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade dos participantes e pesquisadora.

O espaço em que ocorreram as entrevistas foi o refeitório do setor de nefrologia, aberta aos funcionários e usuários, e que dispunha de mesas e cadeiras bem como privacidade e silêncio nos horários utilizados para a coleta dos dados. Como trata-se de um ambiente há muito conhecido pelos participantes, estes mostraram-se estar à vontade durante as entrevistas neste local.

Foram realizadas entrevistas nos horários diurnos e matutinos, para que a maior parte dos usuários e funcionários que frequentam o setor fosse abarcada. A pesquisadora realizou entrevistas nos períodos compreendidos entre as 05:30h (para que os funcionários atuantes no período noturno fossem encontrados e tivessem a oportunidade de participar da pesquisa, bem como os usuários que, devido a moradia distante, necessitam ou preferem chegar ao setor cedo para evitar o atraso ou dependem dos horários das conduções), e as 09:30h (este para os funcionários do período diurno que, após receberem o plantão e serem escalados para suas atribuições, dispõem de tempo hábil neste período para participarem da entrevista). Outros horários utilizados foram os períodos compreendidos entre as 17:30h e 18:30h para os usuários que realizavam as terapias renais substitutivas (hemodiálise ou diálise peritoneal) na parte da tarde e encontravam-se disponíveis para serem entrevistados após o término destas.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir da aplicação das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise de conteúdo, que pode ser do tipo temática ou realizada a partir de categorias, como proposta por Bardin (2011). Neste estudo foram identificadas categorias para análise.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo “é um método muito empírico, depende do tipo de fala a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo; é ainda um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Para a elaboração de análise de conteúdo faz-se necessário métodos e técnicas tais como: a organização de análise; a codificação de resultados; as categorizações e as inferências (BARDIN, 2011).

As diferentes fases da análise de conteúdo foram organizadas em torno de três pólos, conforme Bardin (2011): 1º) A pré-análise: objetivando a organização do material de análise para que a pesquisadora possa conduzir as operações subsequentes; 2º) A exploração do material: referindo-se à aplicação das técnicas de análise no *corpus* como a codificação e a categorização e 3º) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Foram as categorias emergentes: Categoria 1: Comunicação/Déficit na comunicação; Categoria 2: Autonomia/Heteronomia e Categoria 3: Reconhecimento/Não-reconhecimento.

A codificação dos dados apresentados a seguir foi realizada conforme: (E) correspondendo ao enfermeiro entrevistado e numeração arábica (1) primeiro depoente e assim sucessivamente e (U) para usuário, também seguindo o mesmo critério de numeração.

A análise das informações foi realizada com base em elementos do método dialético, buscando a compreensão da realidade estudada. Sobre o método baseado na dialética, Soares (2012) afirma que este nos estimula a revermos o passado, à luz do que está acontecendo no presente. Ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que “ainda não é”. O método dialético busca elementos conflitantes entre dois ou mais fatos para explicar uma nova situação decorrente desse conflito.

O método dialético é uma possibilidade de caminho na construção do saber científico no campo das ciências humanas. Ele torna-se a trajetória percorrida pelo pesquisador na busca de conhecer e perceber-se na construção desse conhecimento do objeto (fenômeno/fato investigado). Reconhece a dificuldade de se apreender o real, em sua determinação objetiva, por isso a realidade se constrói diante do pesquisador por meio das noções de totalidade, mudança e contradição. A noção de totalidade refere-se ao entendimento de que a realidade está totalmente interdependente, inter-relacionada entre os fatos e fenômenos que a constitui. Já a noção de mudança compreende que a natureza e a sociedade estão em constante mudança e que elas tanto são quantitativas quanto qualitativas. Enquanto isso a noção de contradição torna-se o motor da mudança. As contradições são constantes e intrínsecas à realidade, e as relações entre os fenômenos ocorrem em um processo de conflitos que geram novas situações na sociedade (DINIZ, 2008).

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Os dados gerados pela pesquisa foram coletados com 7 (sete) enfermeiras e 11 (onze) usuários, perfazendo um total de 18 (dezoito) entrevistas.

O fechamento amostral deu-se através de saturação teórica, operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008), sendo irrelevante persistir na coleta. As informações fornecidas por novos participantes não contribuiriam com o material já obtido, com vistas ao aperfeiçoamento da reflexão teórica com base nos dados coletados. Logo, a constatação de saturação dependeu dos objetivos da pesquisa: intencionou-se captar a caracterização dos grupos estudados (usuários portadores de insuficiência renal crônica e enfermeiros que assistem a estes). As tabelas abaixo demonstram esta caracterização:

Tabela 1 - Caracterização do perfil dos enfermeiros entrevistados.

	F	F%
Sexo		
Feminino	7	100
Idade		
25-35 anos	2	28
46-55 anos	3	43
56-65 anos	2	28
Atuação profissional		
5 anos ou -	2	28
6-15 anos	3	43
26 anos ou +	2	28
Atuação no setor		
5 anos ou -	2	28
6-15 anos	3	43
16-25 anos	1	14
26 anos ou +	1	14
Total	7	100

FONTE: Dados oriundos da coleta de dados desta dissertação de mestrado.

Todas os participantes desta pesquisa eram do sexo feminino, o que demonstra a predominância feminina no Cuidado de Enfermagem. As enfermeiras são frutos de uma construção complexa e dinâmica da definição de *ser* da Enfermagem e das relações entre os sexos. Lopes e Leal (2005) afirmam que os valores simbólicos e vocacionais são um exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área.

Das enfermeiras entrevistadas, duas tinham entre 25 e 35 anos (28%), três de 46 a 55 anos (43%) e duas de 56 a 65 anos (28%). Este dado torna-se importante no momento em que a experiência profissional baseada no tempo de assistência interfere no posicionamento da enfermeira no cuidado ao usuário. As vivências cotidianas orientam e modelam a prática profissional. Duas enfermeiras contavam com 5 anos ou menos de atuação profissional (28%); três trabalham na assistência por um período de 6 a 15 anos (43%) e duas atuam na área há 26 anos ou mais (28%).

Em relação à vivência profissional no setor de nefrologia, duas das enfermeiras (28%) têm um período de 5 anos ou menos, três assistem os pacientes do setor por 6 a 15 anos (43%), uma atua com usuários com esta especificidade clínica por um período entre 16 a 25 anos (14%) e outra tem experiência prática há 26 anos ou mais com estes usuários (14%).

Quanto aos usuários entrevistados, obtiveram-se os seguintes dados:

Tabela 2 - Caracterização do perfil dos usuários entrevistados.

	F	F%
Sexo		
Masculino	5	45
Feminino	6	55
Idade		
25-35 anos	3	27
36-45 anos	2	18
46-55 anos	4	36
56-65 anos	2	18
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	18
Ensino fundamental completo	2	18
Ensino médio completo	5	45
Ensino superior completo	2	18
Renda familiar		
1-3 SM	6	55
4-10 SM	5	45
Total	11	100

FONTE: Dados oriundos da coleta de dados desta dissertação de mestrado.

A extensão e a complexidade dos problemas inerentes à vivência da cronicidade da doença renal estimulam a análise do perfil dos usuários a serem atendidos, com vistas à formulação de um Cuidado direcionado à qualidade de vida. Assim, é importante identificar as atividades cotidianas comprometidas, relacionando-as com o tratamento e o sexo dos usuários, obtendo-se, assim, a compreensão da realidade destas pessoas e possibilitando subsídios na implementação de estratégias eficientes que busquem a melhoria das suas condições de vida (MARTINS E CESARINO, 2005).

Nesta pesquisa, foram cinco os usuários entrevistados do sexo masculino, correspondendo a 45% da amostra, e seis pertencentes ao sexo feminino (55%).

Três dos usuários tinham entre 25 e 35 anos (27%), dois com idade entre 36 e 45 anos (18%), quatro estavam na faixa etária de 46 a 55 anos (36%) e dois de 56 a 65 anos (18%).

Dois usuários (18%) têm o ensino fundamental incompleto, outros dois (18%) dispõem do ensino fundamental completo, cinco (45%) possuem o ensino médio completo e dois (18%), o ensino superior completo.

Soma-se ainda a renda familiar aos indicadores de possibilidades terapêuticas e qualidade de vida destes usuários. Seis dos entrevistados (55%) possuem renda entre 1 e três salários mínimos, e cinco (45%) têm por receita familiar de quatro a dez salários mínimos.

4.1 CATEGORIA 1: COMUNICAÇÃO/DÉFICIT NA COMUNICAÇÃO

No cenário desta pesquisa (setor de nefrologia de um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro), o diálogo entre o enfermeiro e o usuário portador de insuficiência renal crônica ocorre durante a prestação do Cuidado, sendo uma vertente deste. De um lado está o Cuidado centralizado nas técnicas de Enfermagem que são de competência do enfermeiro e de outro a comunicação e informação em saúde. Para haver integralidade e qualidade da assistência prestada, é de suma importância que haja complementação e concomitância destes elementos e que o cuidado não seja apenas centrado nas técnicas, mas que reúna outras competências incluídas nos seus saberes e práticas, o que significa atuar de forma crítica e reflexiva.

Nos relatos a seguir, é possível perceber alguns problemas circunstanciais existentes na comunicação entre enfermeiros e usuários hospitalizados portadores de insuficiência renal crônica. Apesar do realismo das falas, estes relatos não retratam a realidade de modo geral, mas ajudam na investigação dos elementos da comunicação que precisam ser ajustados a todo momento e nas mais diversas realidades.

Os dados provenientes das entrevistas trazem que os problemas éticos emergem sempre que a dimensão ética do cuidado mostra-se ameaçada, seja por fragilização do compromisso ou da responsabilidade do enfermeiro em cuidar do usuário.

“Quando o paciente vem é do ambulatório, encaminhado pra cá. Aí a gente dá um panfleto pra ele. Alguns leem os panfletos, levam pra casa e voltam pra cá querendo tirar dúvida, outros não. Alguns acham que vão fazer ali (a terapia renal substitutiva) e um dia acabar. Teve paciente que já me perguntou “quanto tempo eu vou ficar fazendo isso? Será que mês que vem eu ainda vou continuar fazendo?” (E2).

“O paciente precisa saber não como funciona a máquina, mas como funciona o tratamento. Essa parte tem que ser do médico, não minha. Eu já cuido da máquina. Eu faço o tratamento. Na hora que ele perguntar a gente pode até explicar, mas não assim, colocar ele na máquina sem que ele saiba o que está sendo feito, não acho certo, mas aqui infelizmente a gente faz isso. (...) o paciente fica perdido” (E3).

“Aqui nós temos uma cartilha, que tem até que imprimir mais. É uma cartilha da hemodiálise, mas mesmo com isso é muito difícil. É uma coisa que você tem que trabalhar sempre. É complicado né. Mas eu falo tudo aquilo que eu disse pra você e falo de um jeito que dá pra entender, e ainda dou a cartilha quando tem. Mas mesmo assim, até eles aceitarem, nada disso adianta. Porque eles são rebeldes e não fazem o que a gente diz. Eu sempre digo que eu falo pro bem dele, mas cadê que me escuta” (E7).

Apesar de a comunicação poder ser realizada por materiais didáticos, como panfletos explicativos e cartilhas, tem papel prioritário a comunicação oral, uma vez que é necessário tratar cada caso em sua peculiaridade, que envolve a história do usuário e seu contexto sociocultural. Seria uma falácia acreditar que os materiais didáticos possam ser considerados equivalentes, em termos de eficácia da comunicação, ao encontro pessoal e individualizado entre o enfermeiro e o usuário. Cada instrumento de comunicação deve ser utilizado adequadamente, de acordo com situações bem determinadas.

A valorização da comunicação pelos enfermeiros é essencial para um cuidado humanizado, além de possibilitar a integralidade da atenção à saúde. Contudo, conforme observado, a comunicação como instrumento básico da enfermagem não está sendo resolutiva, ou seja, utilizada em toda sua potencialidade para o alcance das metas do Processo de Enfermagem.

Perguntados sobre o que as enfermeiras abordam sobre o tratamento, alguns usuários deixam transparecer a necessidade de elementos mais esclarecedores para uma compreensão sobre a terapia renal substitutiva.

“Não, só se a gente perguntar, aí eles falam...” (U1)

“Não, elas falam da fístula só” (U3).

“Não, elas falaram muito do peso e ficam em cima também” (U4).

“Não, ainda não conversaram comigo não. Só do peso né” (U8).

“Não, mas quando eu tenho dúvida pergunto pra elas porque estão mais perto da gente, aí eles me respondem, me ajudam. Elas quando falam é sobre o limite de líquido, o peso. Eu sempre fui muito exagerada na água, aí às vezes eu ganho um puxão de orelha das enfermeiras” (U9).

Alguns relatos dos usuários refletem a assistência das enfermeiras adquirindo um caráter disciplinar e a sua comunicação punitiva. Há a necessidade de considerar a autonomia do usuário antes do estabelecimento de um diálogo de informação à saúde, e vê-lo como protagonista em sua própria assistência, vida e saúde. A preocupação com o ganho de peso excessivo dos usuários portadores de insuficiência renal crônica é recorrente para as enfermeiras, mas a solução pode estar mais próxima se houver a responsabilização do usuário pelos seus atos do que apenas a advertência dada pelas enfermeiras. Os usuários devem dispor de informações suficientes para apropriá-los das especificidades de suas condições clínicas, para que não ajam como sujeitos passivos e suas atitudes não sejam mais uma responsabilidade das enfermeiras.

É indispensável que haja, na relação enfermeiro-usuário, uma co-responsabilização de ambas as partes. Assim sendo, o argumento que busca convencer o outro deve convencer e provocar mudanças, antes, em si próprio, como salienta Honneth (2003). Torna-se, então, necessário a construção de consensos normativos mínimos, como uma relação pré-contratual de reconhecimento recíproco, subjacente à relação de concorrência social, que se ancora no potencial moral que se efetiva na disposição individual de limitar, reciprocamente, a própria liberdade. Em suma, “só é possível chegar a uma compreensão de nós mesmos como portadores de direitos quando possuímos, inversamente, um saber sobre quais obrigações temos que observar em face do respectivo outro”. (HONNETH, 2003, p.179).

Acerca das informações prestadas pelas enfermeiras, todos os 11 (onze) usuários entrevistados afirmaram que os enfermeiros apenas respondem às possíveis perguntas e dúvidas que surgem no cotidiano, e que as informações transmitidas muitas vezes não são compreendidas em sua totalidade.

Os problemas na comunicação entre enfermeiros e usuários hospitalizados portadores de insuficiência renal crônica estão relacionados a dois elementos de natureza bem distinta. O primeiro está circunscrito à capacidade de apreensão e interpretação que o usuário possui daquilo que lhe é informado. Este elemento pode ser chamado de *debilidade hermenêutica*. Já o segundo elemento é inerente ao ato profissional do enfermeiro, que pode ser *deontológico* ou *teleológico* (SOARES, 2011, p.43). Quando, no ato profissional, se prioriza o dever ele é denominado de *deontológico*, mas se a prioridade é o fim, então é dito *teleológico*. A questão é a de que não se pode tratar o ato profissional em termos dualista, mas é desejável que haja uma integração entre a dimensão deontológica e a teleológica. Desta forma, o enfermeiro poderá, na comunicação em saúde, observar o *dever dizer* associando-o a finalidade de capacitar o usuário para tomar parte em seu próprio tratamento, de forma consciente e livre. Esta integração está fundamentada na perspectiva do reconhecimento que, através da inclusão dos indivíduos nos processos mais elementares da vida social, dá a ele condições de superar a *debilidade hermenêutica*. Assim se dá o autorespeito, a autoestima e a autoconservação.

“O profissional tem que ter toda uma bagagem pra poder informa-los adequadamente, para que eles possam tomar ciência do que está acontecendo com eles, né. Nem todos os pacientes têm uma certa inteligência, algo que faça com que eles tenham um bom entendimento, entendeu. Porque nós lidamos com todo tipo de clientela. Claro, existem aqueles pacientes que são assim, mais informados, têm uma certa cultura. Outros não. Então é essa a maior dificuldade, esse poder de captação, de entendimento, em absorver o próprio tratamento, a própria situação que eles estão vivenciando. As pessoas que não têm estudo então, têm muita dificuldade de entender as coisas” (E5).

Uma comunicação inadequada pode, como já mencionado, gerar desentendimento ou não atingir seu objetivo que, na área da saúde, especificamente na relação aqui abordada entre o enfermeiro e o usuário hospitalizado portador de insuficiência renal crônica, é capacitar para a autonomia. Neste sentido, pode-se evidenciar, em alguns processos comunicativos, inadequação do comportamento profissional. Se entendermos que é prioritário que o usuário possa decidir livremente e de forma esclarecida sobre o que lhe fora proposto pela equipe de saúde e que é fundamental ao profissional possuir habilidade comunicativa para informar tudo o

que for necessário para que o usuário decida autonomamente, então o contrário disto indica uma postura que deve ser reformulada.

Um impasse no processo comunicativo entre enfermeiro e usuário pode acabar gerando um prejuízo a este último, por não ter tido possibilidade de chegar ao entendimento de sua situação de saúde e, portanto, restringir-se a alternativa que lhe fora apresentada, sem fazer uma escolha sólida com base na clareza dos fatos. Esta situação pode, de algum modo, causar um empecilho à atuação ética do enfermeiro, que necessita respaldar sua atuação tomando como base o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resol. COFEn 311/07). Pois, de acordo com o artigo 20 da seção 1 desse código (*Das relações com a pessoa, família e coletividade, subseção Responsabilidades e deveres*), o enfermeiro deve “colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca do seu estado de saúde e tratamento”. O mesmo código observa, no artigo 17 da mesma seção, que ele deve “prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade acerca da assistência de Enfermagem”.

Uma comunicação que se fundamenta na humanização do cuidado, tal como prescreve a Política Nacional de Humanização (PNH) (2004), deve levar em consideração as várias dimensões da pessoa humana e sua capacidade de entendimento. Em outras palavras, não é possível ocorrer comunicação se o outro, a quem se quer comunicar, é abstraído de sua condição cultural, religiosa, econômica, psicossocial. Para haver qualidade na assistência da enfermagem hospitalar é imprescindível repensar sua prática nas instituições de saúde, propondo diferentes formas de assistência que possam fortalecer o vínculo, preservando um posicionamento ético no contato pessoal com os usuários.

A comunicação clara e adequada ao usuário permite que este assuma o protagonismo de sua assistência, e solidifica a conduta bioética do enfermeiro. O Cuidado deve ser bioético, direcionado ao usuário em um contexto social e amparado pelo pensamento reflexivo do profissional que o assiste. Fundamentais ao exercício da Enfermagem, os quatro princípios bioéticos básicos - dois de ordem teleológica e dois de ordem deontológica – devem estar refletidos na comunicação mantida pelo enfermeiro. São os princípios de ordem teleológica o respeito à

autonomia dos indivíduos e a beneficência, traduzida na obrigação moral do profissional de agir em benefício de outros; apontam para os fins aos quais os atos dos profissionais de saúde devem estar orientados. Já os princípios de ordem deontológica (a justiça, que prioriza o direito à assistência e a não maleficência, sendo a obrigação de não infligir mal ou dano intencional, o que não significa, necessariamente, fazer o bem) indicam as obrigações que o profissional de saúde deve assumir no Cuidado com o usuário (SOARES, 2011).

A teoria destes quatro princípios, devido sua intensa utilização e grande aceitação, serve de base para o que se denominou de principialismo, a bioética baseada no uso dos princípios. Estes princípios definem uma forma de manejar os valores envolvidos nas relações dos profissionais de saúde com os usuários, e sua observância deve ser obrigatória. Contudo, em caso de conflito entre estes, os princípios de ordem deontológica são superiores, e devem ser priorizados.

É importante que a equipe de saúde delibere sobre o tratamento indicado ao usuário com a sua anuência e participação ativa. Esta observação é importante pelo fato de o usuário, em algumas situações cotidianas, correr o risco de ser informado apenas sobre as particularidades do tratamento escolhido pela equipe de saúde, sem participar ativamente do processo de escolha, o que pode levar ao não-reconhecimento da sua autonomia.

4.2 CATEGORIA 2: AUTONOMIA/HETERONOMIA

Os enfermeiros, ao se depararem com as ocorrências éticas na cotidianidade de suas vivências profissionais, utilizam os conhecimentos que possuem a fim de nortear suas ações e tomar decisões em relação aos encaminhamentos, orientações e providências em relação aos usuários envolvidos.

“Nesse particular (informações acerca dos tratamentos dos usuários) você tem que ter um cuidado. Porque você tem que manter o paciente orientado, ciente da sua doença e do seu tratamento, mas você também não pode chegar pro paciente e falar: olha, você é um renal crônico... Então, você tem que ter critérios... eu faço uma avaliação pela minha experiência” (E1).

Os dados provenientes das entrevistas evidenciam que a submissão e a falta de autonomia do usuário quanto a decisões sobre seu tratamento e hospitalização têm relação estreita com a limitação de sua compreensão acerca das terapias renais substitutivas.

“... Eles falaram no início, quando eu comecei, mas eu não prestei muita atenção. Não tem jeito, tem que fazer isso pro resto da vida...(hemodiálise)” (U3).

Os enfermeiros, no processo de análise das ações que envolvem os usuários com insuficiência renal crônica, por exemplo, acabam por vezes priorizando o tratamento escolhido pela equipe de saúde. Alguns outros usuários respaldam seu desconhecimento através da autoridade científica dos profissionais que o acompanham. Vejamos os dados:

“Já fiz CAPD, mas agora eu to na máquina, falaram que era melhor. Não sei porque, mas eles sabem melhor do que eu né” (U5).

Os enfermeiros incorrem em um formalismo profissional, partindo de um viés *deontológico* para outro *teleológico*, no qual o motivo ou a intenção do profissional de saúde é substituído pela previsão do resultado da sua ação. Com isso, a *heteronomia* é a consequência do formalismo decorrente do ato profissional, que ocorre quando um indivíduo se sujeita à vontade de terceiros ou de uma coletividade, o oposto de *autonomia* (SOARES, 2011). Nesta concepção de heteronomia, a eficácia técnica do profissional em fazer com que o usuário aceite a terapia que lhe é ofertada se opõe ao *respeito à autonomia* do portador de insuficiência renal crônica, diferindo do agir eticamente.

Se a heteronomia não permite ao usuário auto-gestão, é identificado o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA¹ *Auto-controle ineficaz da saúde*, relacionado ao déficit de conhecimento, ou seja, a uma comunicação inadequada. O ser humano é, em essência, autônomo. E se o usuário não exerce a sua autonomia é indicativo de que não houve compreensão de suas possibilidades terapêuticas.

¹ Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: guia definitivo para diagnósticos de enfermagem, internacionalmente reconhecido. Cada um dos 235 diagnósticos apresentados é apoiado por definições, bem como características definidoras e fatores relacionados, ou fatores de risco. Cada diagnóstico é baseado nas mais recentes evidências globais, e aprovado por experts em diagnósticos, pesquisadores e educadores da enfermagem

Assim, a atuação do profissional deve estar direcionado ao empoderamento do usuário em relação à sua saúde, primordialmente porque a auto-gestão de portadores de insuficiência renal crônica é uma forma comprovadamente eficaz de reduzir a incidência de abandono e não-adesão da terapia renal substitutiva realizada e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida deste usuário (LI, JIANG e LIN, 2014).

Como princípio bioético, a autonomia do usuário deve ser incentivada e respeitada - em qualquer situação clínica e desde que não fira o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - na assistência e vista como prerrogativa para um Cuidado integral e humanizado.

A autonomia do usuário, reconhecida pelo enfermeiro na esfera do amor, permite ao indivíduo uma confiança em si mesmo, indispensável para os seus projetos de auto-realização pessoal; só o sentimento de ser reconhecido e aprovado em sua natureza particular faz surgir a autoconfiança que capacita para a participação na vida em sociedade. O não-reconhecimento da autonomia, por outro lado, constitui uma forma de violação de um direito básico do ser humano, sendo uma experiência de desrespeito (HONNETH, 2003).

“É também uma questão de se amar né, a pessoa que se ama quer se cuidar. Aí é personalidade” (E5).

Na esfera do amor, o reconhecimento possui caráter de assentimento e encorajamento afetivo, no qual os indivíduos expressam sentimentos de estima. “É dito das relações primárias afetivas que elas dependem de um equilíbrio precário entre autonomia e ligação, cujo êxito depende da preservação recíproca de uma tensão entre o autoabandono simbiótico e a autoafirmação individual” (HONNETH, 2003, p. 160).

A experiência intersubjetiva do amor constitui o pressuposto psíquico do desenvolvimento de todas as outras atitudes de auctorrespeito (HONNETH, 2003). O reconhecimento como afirmação da autonomia, acompanhada pela dedicação, é o que se pretende quando se fala do reconhecimento como um elemento constitutivo do amor: “só aquela ligação simbioticamente alimentada, que surge da delimitação

reciprocamente querida, cria a medida de autoconfiança individual, que é a base indispensável para a participação autônoma na vida pública” (HONNETH, 2003, p. 178).

A autoconfiança, a autoestima e o autorrespeito permitem ao indivíduo reconhecer-se e apropriar-se de sua autonomia, bem como identificar no outro as suas capacidades. Mas somente “na medida em que todo membro de uma sociedade se coloca em condições de estimar a si próprio, pode-se falar então de um estado pós-tradicional de solidariedade social” (HONNETH, 2003, p. 210).

As relações podem ser consideradas solidárias quando não despertam somente a tolerância na relação com o outro indivíduo, mas, sobretudo, a estima por suas particularidades; só na medida em que se cuida ativamente para que as propriedades do outro possam se desdobrar, os objetivos comuns passam a ser realizáveis. A solidariedade está ligada, então, ao pressuposto das relações de estima entre sujeitos autônomos. Em síntese, cabe reafirmar esquematicamente a estrutura destas relações sociais de reconhecimento, ilustrada de maneira clara e objetiva por Axel Honneth:

1. Modo de reconhecimento: dedicação emotiva - Dimensões da personalidade: natureza carencial e afetiva - Relações primárias (amor): autoconfiança - Formas de desrespeito: maus-tratos e violação - Componentes ameaçados: integridade física.
2. Modo de reconhecimento: respeito cognitivo - Dimensões da personalidade: imputabilidade moral - Relações jurídicas (direito): autorrespeito - Formas de desrespeito: privação de direitos e exclusão - Componentes ameaçados: integridade social.
3. Modo de reconhecimento: estima social - Dimensões da personalidade: capacidades e propriedades - Comunidade de valores (solidariedade): autoestima - Formas de desrespeito: degradação e ofensa - Componentes ameaçados: honra e dignidade (HONNETH, 2003, p. 211).

Na área da saúde, precisamente no âmbito hospitalar, as decisões autônomas dos usuários permitem a escolha do melhor tipo de tratamento e assistência necessários e que atenderão às suas necessidades, diárias e ao longo de suas vidas. Os profissionais que integram a equipe de saúde têm por dever respeitar os usuários enquanto sujeitos de direitos, informando-os ampla e claramente sobre

suas patologias e opções de tratamento, permitindo que, por meio deste conhecimento, tenham poder de determinação e exercitem sua autonomia.

4.3 CATEGORIA 3: RECONHECIMENTO/NÃO-RECONHECIMENTO

Na Enfermagem, a relação de reconhecimento se traduz no *respeito pela autonomia* que o enfermeiro deve ter em relação ao usuário. Neste contexto, a comunicação é um elemento fundamental e deve ser compreendida como *orientação para a emancipação*: capacidade de reconhecer, através da racionalidade, as condições que possibilitarão uma escolha livre. Apoiado na *teoria do agir comunicativo* de Habermas, Honneth apresenta sua reflexão como a construção de uma racionalidade que se comunica através do princípio da liberdade, que constitui o motor das sociedades democráticas de direito.

Considerando a abordagem de Honneth sobre a liberdade, o usuário deve ter, por parte do enfermeiro, a garantia de reconhecimento da sua liberdade. Todavia, para que isto ocorra, é necessário que as suas decisões tenham como fundamento a racionalidade (*autonomia*) e não, simplesmente, seus desejos subjetivos (*heteronomia*). Apesar de se tratar de uma relação contratual, na qual direitos e deveres estão implicados, o *respeito pela autonomia* do usuário não pode colocar em risco ou anular a finalidade (*telos*) benéfico do ato profissional do enfermeiro (SOARES, 2011, p. 34-96).

Na pesquisa em questão, a teoria do reconhecimento se insere na análise das condições emancipatórias do usuário hospitalizado portador de insuficiência renal crônica. Tais condições lhe garantem autoestima, autorespeito e o sentido de autoconservação, ampliando, assim, as suas relações de reconhecimento. Neste aspecto, o enfermeiro tem papel relevante, pois através do exercício do cuidado pode possibilitar não só a melhoria da qualidade de vida, no sentido das condições de saúde, mas o aumento da expectativa da participação social.

A concepção do cuidado humanizado no âmbito hospitalar compreende elementos intersubjetivos, dos quais a ambiguidade faz parte. Por isso, é necessária uma reflexão permanente sobre os conflitos entre escolhas pessoais e escolhas

profissionais na esfera da comunicação em saúde. Só assim, será possível permitir que o enfermeiro identifique, no processo de comunicação, as fragilidades que potencialmente impedem o reconhecimento do usuário como sujeito autônomo. Por outro lado, a identificação destas fragilidades constitui um elemento importante no papel do enfermeiro e um novo entendimento sobre o cuidado de Enfermagem, que passa a ser também entendido como *ampliação do reconhecimento do outro enquanto sujeito autônomo*.

“Chamei o paciente e expliquei o que era a hemodiálise, o que era o CAPD, qual o benefício que o CAPD traz pra esse paciente, o benefício que traz a hemodiálise... Então a gente passa tudo pra ele e com a família presente, porque ela tem que ta presente pra saber de tudo também. Geralmente a gente convida duas pessoas da família e não só uma, duas, pra passar essa nova novidade. Às vezes o paciente aceita e tem vezes que o paciente não aceita, entendeu, mesmo sabendo dos benefícios ele não aceita. Muitas vezes por vaidade, alguns não querem ter o cateter na barriga, aí a conversa fica bem delicada. Mas eu falo tudo o que ele tem que saber, tudo o que eu acho que ele tem que saber né, porque eu sou a enfermeira e eu é que tenho que filtrar as informações” (E5).

A integridade do indivíduo se deve ao reconhecimento; sempre que isto for negado, as formas de desrespeito se manifestam, como a ofensa ou rebaixamento, capazes de derrubar a identidade do indivíduo em questão. O indeferimento de direitos (básicos) priva o indivíduo de tornar-se um sujeito de direitos e apropriar-se de sua vontade. Esta experiência de desrespeito sinaliza a inexistência de reconhecimento e ancora-se nas vivências afetivas do indivíduo, de modo que o motiva e impulsiona à resistência e ao conflito: à uma luta por reconhecimento.

“Na verdade a gente vê onde se enquadra o perfil do paciente e decidimos o melhor pra ele naquele momento, porque é a nossa função né” (E5).

“Geralmente, depois que o paciente já ta na terapia a gente só muda se tiver algum problema. Porque a gente já pensa nisso quando indica o que é melhor pra ele fazer né. Aí não tem necessidade de conversar depois. Aí a gente conversa é sobre quem ta vindo pra cá. Aí sim, nós conversamos e chegamos a uma conclusão e passamos pro paciente. Mas assim, a gente já tem na cabeça o que é melhor pra ele fazer. Daí é só convencer ele e a família também, porque a família ajuda muito na hora de fazer o paciente aceitar o que tem que fazer” (E7).

Os sujeitos de direito reconhecem-se, de modo recíproco, como pessoas capazes de decidir autonomamente sobre as normas morais (HONNETH, 2003, p. 182). Trata-se de um reconhecimento cognitivo, porque reconhece no outro, através

das suas escolhas morais, sua individualidade e liberdade para tomar decisões. O autorrespeito é para a relação jurídica o que autoconfiança é para a relação amorosa:

Reconhecer-se mutuamente como pessoa de direito significa que um sujeito é respeitado se encontra reconhecimento jurídico não só na capacidade abstrata de poder orientar-se por normas morais, mas também na propriedade concreta de merecer o nível de vida necessário para isso (HONNETH, 2003, p. 193).

Diferentemente do reconhecimento jurídico, a estima social refere-se às propriedades particulares que caracterizam o sujeito em sua individualidade. A autocompreensão predetermina os critérios pelos quais se orienta a estima social; essa forma de reconhecimento recíproco está ligada também à pressuposição de um contexto de vida social, cujos membros constituem uma comunidade de valores mediante a orientação por concepções de objetivos comuns (HONNETH, 2003, p. 200).

A estima social é, então, determinada por concepções de objetivos éticos que predominam em uma sociedade: referem-se à estima a reputação ou prestígio social, no sentido de que o valor social de um indivíduo pauta-se nas suas realizações e capacidades individuais. “A reputação social dos sujeitos se mede pelas realizações que eles apresentam socialmente no quadro de suas formas particulares de autorrealização” (HONNETH, 2003, p. 208), e calcula-se pelo valor previamente determinado de propriedades atribuídas a grupos inteiros. Em suma, um indivíduo só pode sentir-se digno de estima social quando se sente reconhecido e, por isso, autorealizado. A dignidade da pessoa humana está em risco se houver desrespeito na esfera da solidariedade. Assim, as relações de estima social estão sujeitas a uma luta permanente.

A autorrealização depende da autonomia, enquanto a autoconfiança permite ao indivíduo a articulação de suas próprias ideias e vontades. Há, portanto, a reflexão do respeito à autonomia como capacidade dos sujeitos de uma sociedade reconhecerem-se através das esferas afetiva, jurídica e societária, pondo em debate questões políticas sobre a dignidade da pessoa humana e sobre a capacidade que a sociedade tem de estabelecer regras. “Só na medida em que é concedida em princípio a todos os sujeitos, com o estabelecimento do direito civil, a liberdade

individual de decisão, cada um deles está igualmente em condições de definir as metas de sua vida sem influência externa” (HONNETH, 2003, p. 277).

“O renal crônico tem que fazer hemodiálise. Eu sei que tem transplante também, mas ninguém conversou nada ainda sobre eu fazer outro tratamento sem ser a hemodiálise (U11)”.

Sendo a interação entre enfermeiro e usuário um relacionamento contratual que implica direitos e deveres para ambas as partes, o enfermeiro não pode prescindir das decisões do usuário sempre que seu estado clínico permitir expressá-las; há de se garantir o reconhecimento do usuário acerca do domínio sobre sua própria vida e liberdade. É inerente à profissão do enfermeiro garantir que os usuários disponham de todas as informações necessárias para tomar decisões quanto ao seu tratamento, conforme previsto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e a *teoria do reconhecimento* vem a corroborar com a importância desta atuação e informar quanto aos riscos de suprimi-la, bem como expor o relevo da autonomia na vida em sociedade.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o tempo de serviço dos profissionais no setor reflete a afinidade e fortalece o vínculo das enfermeiras com os usuários portadores de insuficiência renal crônica, delineando uma assistência com relevo no contato constante com os usuários e na eficácia nas ações viabilizadas em conjunto com a equipe de saúde.

Quando os profissionais entendem as demandas dos usuários portadores de insuficiência renal crônica, planejam sua assistência de forma a atendê-las e estabelecem a manutenção de vínculos duradouros com os usuários; ao conquistarem sua confiança, são capazes de conhecer a sua realidade, envolvendo os aspectos biopsicossociais, de modo que as ações sejam elaboradas de forma mais pontual e resolutiva, viabilizando a melhoria da qualidade do cuidado.

Com a caracterização dos usuários portadores de insuficiência renal crônica, verificou-se que a maioria destes, atendida do Hospital cenário da pesquisa, apresentava baixas instrução e remuneração trabalhista. O grau de escolaridade é fator determinante para uma boa compreensão das informações prestadas pela equipe de saúde sobre as especificidades clínicas e terapêuticas. A interação entre o enfermeiro e o usuário portador de insuficiência renal crônica pode ser prejudicada, bem como a assistência do Cuidado, se não houver apreensão dos elementos abordados nos diálogos estabelecidos. Desta forma, o feedback é fundamental na ação comunicativa.

A análise dos resultados obtidos possibilitou uma descrição dos possíveis impasses na comunicação dos enfermeiros com os usuários, o que se torna importante no domínio da ética profissional. A clareza dos elementos constitutivos da informação a ser comunicada e a sensibilidade relativa às condições de entendimento do usuário interferem na sua autonomia, o que traz à tona a existência de dilemas bioéticos nesta prática assistencial.

Podemos concluir com Honneth que tais dilemas emergem quando, apoiados em instâncias intersubjetivas de reconhecimento e atribuição de valor,

determinadas contribuições coletivas e individuais tornam-se visíveis e desestabilizam uma relação linear e naturalizada entre o grau de estima e o acesso à informação. As reivindicações de reconhecimento, refletidas pelo exercício da autonomia e a satisfação das necessidades e aspirações, não transcorrem isoladas do contexto de uma cultura cotidiana dentro do qual são aferidas como legítimas. A gramática moral das lutas sociais está inserida no processo em que se renovam as prescrições bioéticas que norteiam o auto-respeito e a autoestima, sempre pensadas por Honneth na perspectiva da socialização intersubjetiva por meio da qual os sujeitos avaliam por si próprios a ordem social. Honneth vê na ampliação progressiva das lutas sociais por reconhecimento uma conquista inevitável na individualidade e na autonomia (descentrada) e, portanto, na confirmação do direito à igualdade legal e a liberdade de preencher o projeto de vida. Ele defende a ideia de que a conquista da autonomia se faz em conjunto com a dimensão consciente do valor moral social e psíquico de si próprio e não apenas pela lógica instrumental dos interesses.

O modelo de Honneth traz à tona exatamente as pré-condições sociais necessárias à ampliação da democracia para todas as esferas da vida social no sentido de que não fiquem engessadas nos processos existentes de comunicação e informação em saúde. A tripartição das esferas de reconhecimento explica minuciosamente como é possível haver a autonomia plena do usuário portador de insuficiência renal crônica reconhecida pelo enfermeiro que o assiste, e permite que esta releitura da *teoria do reconhecimento* sirva como modelo para as práticas de comunicação inseridas no pacto terapêutico estabelecido entre usuários e enfermeiros no âmbito hospitalar.

Se o amor representa uma simbiose pela individuação recíproca, o que nele encontra reconhecimento junto ao respectivo outro é apenas sua independência individual. Por causa disso, poder-se-ia criar a ilusão de que a relação amorosa seria caracterizada apenas por uma espécie de reconhecimento com caráter de aceitação cognitiva da autonomia do outro, mas supor isso é errôneo e simplificador. Pois a própria liberação para a independência precisa ser sustentada por uma confiança afetiva na continuidade da dedicação partilhada; sem a segurança emotiva de que a pessoa amada preserva sua afeição, mesmo depois da autonomia renovada, para o

sujeito que ama não seria possível o reconhecimento de sua independência. Embora seja inerente ao amor um elemento necessário de *particularismo moral*, Honneth concorda com Hegel ao considerar o amor como sendo o cerne estrutural de toda eticidade: só aquela ligação simbioticamente alimentada, que surge da delimitação desejada reciprocamente, cria a medida da autoconfiança individual, que pode tornar-se base indispensável para a participação autônoma na vida em sociedade.

No reconhecimento jurídico originam-se duas formas distintas de respeito: o reconhecimento jurídico aparece como a expressão de que todo ser humano, sem distinção, deve ser considerado um *fin em si*; e, por outro lado, o *respeito social* salienta o *valor* do indivíduo singular medido pelos critérios de relevância social. No primeiro caso, trata-se de um respeito universal, em vista da liberdade de vontade da pessoa; no segundo, levam-se em conta qualidades e realizações individuais, na medida em que são consideradas socialmente relevantes. O fato de podermos reconhecer a um ser humano como pessoa, sem ter de estimá-lo por suas realizações ou por seu caráter, indica, pois, a distinção entre duas formas de respeito: o respeito de um ser humano como pessoa é uma espécie de reconhecimento cognitivo; desse reconhecimento da pessoa como tal distingue-se a estima por um determinado ser humano; no caso do respeito a um ser humano particular, já não estão em jogo apenas normas gerais, sabidas por intuição; trata-se agora da avaliação de um ser humano com propriedades pessoais e capacidades concretas, o que supõe dispormos do apoio de um sistema referencial valorativo, que informa sobre o valor de traços da personalidade, numa escala de graduação, de melhor ou pior. Para o reconhecimento jurídico, o problema é determinar aquela propriedade geral das pessoas como tais; para a estima social, o que está em questão é o sistema referencial valorativo, no interior do qual se mede o valor das virtudes dos indivíduos.

A auto-compreensão cultural de uma sociedade predetermina os critérios pelos quais se orienta a estima social das pessoas, já que suas capacidades e realizações são julgadas intersubjetivamente, conforme a medida em que cooperaram na implementação de valores culturalmente definidos. Nesse sentido, essa forma de reconhecimento recíproco está ligada à pressuposição de um contexto de vida social, cujos membros constituem uma comunidade de valores,

mediante a orientação por concepções de objetivos comuns, e as formas que essa comunidade pode assumir são tão variáveis historicamente quanto as do reconhecimento jurídico. Quanto mais as concepções dos objetivos bioéticos se abrem a diversos valores, e quanto mais a ordenação hierárquica cede a uma concorrência horizontal, tanto mais a estima social assumirá um traço individualizante e criará relações simétricas.

Os dados provenientes das entrevistas indicam que os prejuízos ocorridos na comunicação emergem das situações de não-reconhecimento do usuário como indivíduo autônomo, capaz de decidir livremente quando informado de forma esclarecedora. É neste sentido, que o papel do enfermeiro se torna fundamental na comunicação em saúde, pois ele informa o usuário capacitando-o para uma decisão livre e consciente, isto é, autônoma, em relação às possibilidades de tratamento propostas pela equipe de saúde. Embora o rigor ético-profissional deva ser buscado cotidianamente, é humanamente possível que em algumas situações haja uma sobreposição do *dizer* em relação ao *dever dizer*. Em outras palavras, não basta na comunicação *dizer* ao usuário algo sobre suas condições e sobre o tratamento proposto; *deve-se dizer* sempre sobre as possibilidades de tratamento que ele possui em sua condição, observando, é claro, o fato de que cabe à equipe de saúde opinar sobre a alternativa que melhor se adéqua àquele quadro clínico.

REFERÊNCIAS

BALBO, BEP. CAVALCANTE, RM. JÚNIOR, JER. ZATZ, R. ABENSUR, H. **Perfil dos Pacientes Encaminhados à Terapia Renal Substitutiva de um Ambulatório de Nefrologia Pertencente a um Hospital Terciário.** Jornal Brasileiro de Nefrologia. São Paulo. v. 29, n. 4, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTABLE, SB. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem.** Tradução Aline Capelli Vargas. – 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRANCO, JMA. LISBOA, MTL. **Adesão de clientes renais crônicos ao tratamento hemodialítico: estratégias de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa.** 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 675 de 30 de março de 2006.** Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde.** 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CABRAL, E. **Cuidados Críticos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CARVALHO, AS. OLIVEIRA, FB. RIBEIRO, EA. **Aspectos relevantes na confecção de uma revisão sistemática e metanálise.** Evidência, Araxá, 2011.

CIAMPONE, MHT. KURCGANT, P. **Gerenciamento de Conflitos e Negociação**. In: KURCGANT, P. (org.) Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, GUANABARA/KOOGAN, 2010.

COREN. **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. São Paulo, 2011.

CORTINA, A. MARTINEZ, E. **Ética** (Tradução do espanhol por Silvana Cobucci Leite). São Paulo: Loyola, 2005.

DINIZ, CR. **Metodologia científica**. Natal: UEPB/UFRN - EDUEP, 2008.

ENGELHARDT JR, HT. **Fundamentos da bioética**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

FERES JÚNIOR, J. ASSY, B. **Reconhecimento**. In: Vicente Barretto. (Org.). Dicionário de Filosofia do Direito. Rio de Janeiro: Editora Unisinos e Renovar, 2006.

FONTANELLA, BJB. RICAS, J. TURATO, ER. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, 2008.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, AC. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOLMES, D. PERRON, AM. SAVOIE, M. **Governing therapy choices: Power/Knowledge in the treatment of progressive renal failure**. Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 2006.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução de *Kampf um Anerkennung* de Luiz Repa. São Paulo: 34.ed. 2003.

IRAOSI, G. **The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents**. Washington, D.C.: The World Bank, 2006.

JAPIASSÚ, H. MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 2001.

KEMPFER, SS. BIROLO, IVB. MEIRELLES, BHS. ERDMANN, AL. **Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas**. Porto Alegre: Rev Gaúcha Enferm, 2010.

LEOPARDI, MT. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: Palloti, 2002.

LI, H. JIANG, YF. LIN, CC. **Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: a descriptive study.** Int J Nurs Stud. 2014 Feb; 51(2):208-16.

LOPES, MJM. LEAL, SMC. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos pagu (24): 2005, p.105-125.

LOPES, ALM. FRACOLLI, LA. **Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem.** São Paulo, 2008.

MACKLIN, R. **Bioética, vulnerabilidade e proteção.** In: GARRAFA, V. PESSINI, L. organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.

MANZINI, EJ. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v.26/27, p.149-158, 1990/1991.

MARGETTS, PJ. BRIMBLE, KS. **Peritoneal dialysis, membranes and beyond.** Curr Opin Nephrol Hypertens. v.15, 2006.

MARQUIS, BL. HUSTON, CJ. **Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARQUIS, BL. HUSTON, CJ. **Administração e liderança na enfermagem: teoria e aplicação.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

MARTINS, MRI. CESARINO, CB. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.5. Ribeirão Preto: 2005.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Vigilância Sanitária. **Atenção transdisciplinar ao renal crônico: manual para abordagem de pacientes em tratamento hemodialítico** – 1. ed. Campo Grande: Secretaria de Estado de Saúde, 2011.

MATTOS, RA. PINHEIRO, R. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO. 2004.

MEDEIROS, MB. PEREIRA, ER. SILVA, RMCRA ET AL. **Dilemas éticos em UTI: contribuições da Teoria dos Valores de Max Scheler.** Rev. bras. enferm. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília- DF, 2014.

MOURA, L. SHMIDT, MI. DUNCAN, BB. ROSA, RS. MALTA, DC. STEVENS, A. THOMÉ, FS. **Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC**. Brasil, 2000 a 2006. Epidemiologia Serviço de Saúde. Brasília, v. 18, 2009.

NASCIMENTO, VPC. ABUD, ACF. INAGAKI, ADM. DALTRO, A. VIANA, LC. **Avaliação da técnica de curativo em cliente com acesso venoso para hemodiálise**. Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, MAD. **Ética e sociabilidade**. São Paulo: Loyola, 1993.

PEREIRA, WA. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POLIT DF. BECK CT. HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

QUINTELA, P. Tradução: Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Immanuel Kant. Edições 70, Ida, 2007.

RIOS IC. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo. Áurea Editora; 2009.

ROSENSTOCK, KIV. SOARES, MJGO. SANTOS, SR. FERREIRA, ASM. **Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura**. Cogitare Enferm. João Pessoa, 2011.

SAMPAIO, RF. MANCINI, MC. **Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica**. Rev Bras Fisioterapia. 2007.

SANDELOWSKI, M. BARROSO, J. **Classifying the findings in qualitative studies**. Qual Health Res. 2003.

SANTANA JCB, SILVA RCL, SOUZA CAG ET AL. **Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde**. R. pesq.: cuid. fundam. online, 2012.

SILVA, MJP. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde**. Rev Bioetica. São Paulo, 2002.

SLOTE, M. **Virtue Ethics**. In: LAFOLLETTE, Hugh (Ed.) The Blackwell Guide to Ethical Theory. Cambridge-MA: Blackwell Publishers, 2000.

SOARES, AMM. **A lógica do método: uma breve exposição sobre as etapas do desenvolvimento do trabalho científico**. In: SOARES, AMM. et al. Conhecimento e sociedade II: reflexões transversais. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2012, p. 45-75.

SOARES, AMM. **Bioética e secularização: sobre a identidade conceitual dos paradigmas bioéticos contemporâneos**. 1. ed. – Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2011.

SONG, MK. WARD, SE. DENNE, H. HAPP, MB. PIRAINO, B. DONOVAN, HS. SHIELDS, AM. CONNOLLY, MC. **Randomized Controlled Trial of SPIRIT: An Effective Approach to Preparing African-American Dialysis Patients and Families for End of Life**. Res Nurs Health, 2009.

TRIVIÑOS, ANS. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VÁSQUEZ, AS. **Ética**. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**

Mestranda: Amanda Guedes dos Reis

Orientadora: Profa. Dra. Marta Sauthier

Co-orientador: Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS USUÁRIOS

Data: _____ Nº de identificação: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Escolaridade: _____ Renda familiar: _____

1. Quando e como você soube que era portador de insuficiência renal crônica?
2. O que mudou na sua vida desde que você começou a fazer o tratamento?
3. O que você sabe sobre o seu tratamento? Você conhece outros tratamentos que poderia fazer? Se sim, o que sabe sobre eles?
4. Como você avalia o cuidado que recebe dos enfermeiros do setor? Por quê?
5. Os enfermeiros conversam com você sobre o seu tratamento? O que dizem?
6. Os enfermeiros conversam com você sobre os riscos e benefícios do seu tratamento? Já falaram sobre isso alguma vez? O que falaram?
7. Você conhece os riscos e benefícios envolvidos no seu tratamento?
8. Tem alguma coisa que você gostaria de saber sobre o seu tratamento? Já fez essa pergunta para algum enfermeiro? Se sim, qual foi a resposta?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**

Mestranda: Amanda Guedes dos Reis

Orientadora: Profa. Dra. Marta Sauthier

Co-orientador: Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS ENFERMEIROS

Data: _____ Nº de identificação: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Tempo de serviço: _____ Na profissão: _____ Na instituição: _____

1. Como você descreve a assistência que presta aos usuários portadores de insuficiência renal crônica?
2. Quais as dificuldades que você identifica ao atendê-los?
3. Você já conversou com eles sobre os riscos e benefícios envolvidos nos tratamentos que estes usuários fazem?
4. Como você transmite as informações acerca dos tratamentos para os usuários? Você diz todas as informações? Por quê?
5. Você teve participação na escolha da terapia renal substitutiva para algum usuário? Se sim, você conversou com ele sobre suas opções, riscos e benefícios deste tratamento? Por quê?
6. Você conversa com a equipe do setor sobre as opções de terapias substitutivas que se adequem ao cotidiano dos usuários? Por quê?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Escola de Enfermagem Anna Nery



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada: As questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**, que tem como **objetivos**:

- Descrever a comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica acerca de sua terapia renal substitutiva;
- Analisar as esferas de reconhecimento da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica pelos enfermeiros;
- Discutir as consequências da comunicação dos enfermeiros com os usuários sobre sua terapia renal substitutiva, com foco na política de humanização.

Trata-se de um estudo qualitativo e do tipo descritivo, onde os dados serão coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, estas gravadas por aparelho eletrônico, e através da observação da entrevistadora. O estudo será realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF / UFRJ), sendo os participantes da pesquisa todos os usuários portadores de insuficiência renal crônica internados no setor de nefrologia, de ambos os sexos e maiores de 18 anos, que aceitem participar da pesquisa e aqueles cujas condições clínicas permitam mais de uma opção de tratamento.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os **dados coletados** serão utilizados **NESTA** pesquisa e os **resultados serão divulgados** em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Você não está em qualquer forma de risco adicional **ao participar desta pesquisa**.

Você receberá uma **cópia** deste termo onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora principal e contato da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Mestranda da EEAN/UFRJ: Amanda Guedes dos Reis - amanda.gdreis@gmail.com, (021) 7147-3478.

Professora Doutora pertencente ao DEF/EEAN/UFRJ: Marta Sauthier - martasauthier@hotmail.com.

Caso você tenha **dificuldade** em entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa, comunique o fato ao **Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ** pelo telefone 2293-8148 ou e-mail cepeeahesfa@gmail.com situado na Rua Afonso Cavalcanti, nº275, Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Escola de Enfermagem Anna Nery



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **intitulada: As questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**, que tem como **objetivos**:

1. Descrever a comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica acerca de sua terapia renal substitutiva;
2. Analisar as esferas de reconhecimento da autonomia dos usuários portadores de insuficiência renal crônica pelos enfermeiros;
3. Discutir as consequências da comunicação dos enfermeiros com os usuários sobre sua terapia renal substitutiva, com foco na política de humanização.

Trata-se de um estudo qualitativo e do tipo descritivo, onde os dados serão coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, estas gravadas por aparelho eletrônico, e através da observação da entrevistadora. O estudo será realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF / UFRJ), sendo os participantes da pesquisa todos os enfermeiros atuantes no setor de nefrologia que assistem diretamente os usuários portadores de insuficiência renal crônica, de ambos os sexos e que estejam em exercício da profissão no momento da entrevista.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os **dados coletados** serão utilizados **NESTA** pesquisa e os **resultados serão divulgados** em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é **voluntária**, ou seja, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

Você não está em qualquer forma de risco adicional **ao participar desta pesquisa**.

Você receberá uma **cópia** deste termo onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora principal e contato da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Mestranda da EEAN/UFRJ: Amanda Guedes dos Reis - amanda.gdreis@gmail.com, (021) 7147-3478.

Professora Doutora pertencente ao DEF/EEAN/UFRJ: Marta Sauthier - martasauthier@hotmail.com.

Caso você tenha **dificuldade** em entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa, comunique o fato ao **Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ** pelo telefone 2293-8148 ou e-mail cepeeanhesfa@gmail.com situado na Rua Afonso Cavalcanti, nº275, Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa

APÊNDICE E – ORÇAMENTO FINANCEIRO DO PROJETO DE PESQUISA

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**

Mestranda: Amanda Guedes dos Reis

Orientadora: Profa. Dra. Marta Sauthier

Co-orientador: Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

MATERIAL PERMANENTE

MATERIAL	VALOR
Computador	2.500,00
Impressora	500,00
Livros	8.000,00
Escrivaninha	300,00
Tablet	1.500,00

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL	VALOR
Papel A4	3.000,00
Lápis	50,00
Caneta	100,00
Tinta para impressora	3.200,00

PESSOAL

Custos com transporte	840,00
Viagem a Portugal	10.000,00
Participações em eventos	2.500,00
Custos com publicações	2.000,00

SUBTOTAL: R\$ 34.490,00

APÊNDICE F – CRONOGRAMA DA PESQUISA

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa – Curso de Mestrado em Enfermagem

Núcleo de Pesquisa de Enfermagem Fundamental (NUCLEARTE)

Pesquisa: **Questões éticas envolvidas na comunicação dos enfermeiros com os usuários portadores de insuficiência renal crônica**

Mestranda: Amanda Guedes dos Reis

Orientadores: Profa. Dra. Marta Sauthier e Prof. Dr. André Marcelo Machado Soares

Atividades Sem	Ano	2013	2014		2015
		2º sem	1º sem	2º sem	1º sem
Projeto		X			
Participação em eventos Enfermagem e Multidisciplinares		X	X	X	X
Revisão de Literatura		X	X	X	X
RSL		X			
Envio para Publicação da RSL Em revista B1			X		
Defesa do Projeto		X			
CEP			X		
Coleta de Dados			X	X	
Ida à Universidade do Porto				X	
Preparo e Análise de Dados			X	X	X
Qualificação do Projeto					X
Preparo e Envio para publicação de artigo em Revista A2			X	X	
Considerações Finais				X	X
Defesa da Dissertação					X
Publicação dos resultados em Revista A1					X