

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Tatiane da Silva Campos

Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do Profissional de Saúde

Rio de Janeiro

2023

Tatiane da Silva Campos

Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do Profissional de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Orientadora: Prof.^a Dra. Andréia Patrícia Gomes.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Bioethical implications of choosing Renal Replacement Therapy: the view of the Health Professional.

C198i Campos, Tatiane da Silva.
Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do Profissional de Saúde / Tatiane da Silva Campos. -- 2023.
224 f.

Orientadora: Andréia Patrícia Gomes.
Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 159-171.

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Bioética. 3. Relações Médico-Paciente. 4. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 5. Autonomia. I. Título.
CDD 616.614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Tatiane da Silva Campos

Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do Profissional de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em: 14 de agosto de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Oswaldo Jesus Rodrigues da Motta
Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga

Prof.^a Dra. Selma Vaz Vidal
Centro Universitário Serra dos Órgãos

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista
Universidade Federal do Rio de Janeiro / Universidade Federal de Viçosa / Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Andréia Patrícia Gomes (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Especialmente aos meus pais, Jorge e Tânia, que não mediram esforços para que eu chegasse até aqui!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que me proporcionou a oportunidade de continuar a trajetória acadêmica, iluminando meu caminho e mente, sempre me dando forças para continuar seguindo em frente, mantendo a perseverança e fé. Por me sustentar nos momentos em que achei que não teria mais forças. Por sempre me direcionar para que minhas vontades fossem coincidentes a sua.

Sem apoio afetivo, nenhuma tese é realizada! Aos meus amados pais, Tânia e Jorge, que mesmo com tantas dificuldades, conseguiram formar uma filha “doutora”. Não mediram esforços para que eu conseguisse alcançar todos os objetivos e sonhos de uma vida. Esse título não é meu. É nosso!!! Agradeço todo amor, dedicação e força. Por estarem ao meu lado em todos os momentos, mesmo que não fisicamente, sendo os primeiros incentivadores e motivadores da minha trajetória. Gratidão por me darem valores morais sólidos. E por sempre me incentivar a busca de meus objetivos e sonhos. Muito obrigada por tudo!

Ao meu esposo, amor, companheiro e amigo Tiago, por me apoiar desde o primeiro dia. Se não fosse por você, a matrícula não teria acontecido. Gratidão pela compreensão das ausências e pelo amor de todos os dias, por me aturar nos momentos de estresse, dificuldade e mau humor, quando as coisas não estavam dando certo. Especialmente nos dias em que achei que desistir era a solução... e você foi capaz de me mostrar uma força que não encontraria sozinha. Se hoje estou aqui, foi por sua parceria, compreensão e auxílio! Te amo! S2

Ao meu irmão Rodrigo, por me inspirar a cada dia ser melhor que ontem, superando minhas metas. Ver a sua força em busca de maiores desafios e melhores resultados, me fizeram, mesmo que indiretamente, continuar persistindo na luta pelos meus. Gratidão por tudo sempre.

À minha orientadora, Prof Dr^a Andreia Patricia Gomes, por tudo! Que, por inúmeras vezes, foi uma “mãe” me dando apoio e me mostrando que juntas poderíamos chegar a resultados cada vez melhores. Você foi um grande presente em minha vida. Não há palavras que possam descrever toda gratidão que tenho por seu apoio em todos os momentos. Sem você, esse trabalho não existiria. Agradeço por seu crédito e confiança em me orientar. Você acreditou em mim, quando nem eu mesma acreditava! Sua amizade, apoio, força, dedicação, compreensão, palavras e gestos de carinho, foram essenciais. Espelho-me em você para a vida!

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas por todo o apoio nesse processo. Por acreditarem em mim e se orgulharem. Peço desculpas e agradeço a compreensão com minhas ausências. Especialmente ao meu afilhado Pedro, e meus pequenos (Victória, Manu, Daniel,

Sofia, Henrique e Maria Clara) que cresceram tanto nesses 4 anos... e infelizmente, por vezes não consegui acompanhar tão de pertinho como gostaria. Mas sempre que retornava vocês me recarregaram com seus abraços e carinhos. Amo todos vocês.

À querida prima Rejane por todo apoio e, especialmente, na ajuda com o Português.

Aos amigos da UERJ, pela parceria de sempre. Vocês são a família que Deus me deu para suportar a ausência física dos laços de sangue. Vocês que muito auxiliaram ao longo desses anos para o cumprimento de minhas atividades profissionais. Vocês foram fundamentais nesta trajetória! Nunca esquecerei a solidariedade, amizade e parceria que cada um teve comigo! Gratidão por tudo. Não tenho palavras para expressar o carinho, admiração e respeito que tenho por vocês profissionalmente e pessoalmente!

Aos meus alunos que por diversas vezes me deram forças para continuar e estímulo a me capacitar cada vez mais. Peço desculpas pelas ausências e dificuldades em cumprir todas as atividades, especialmente as orientações. Espero poder ter estimulado a cada um de vocês a se tornarem profissionais éticos.

Aos pacientes que indiretamente me instigaram para ter a motivação desse trabalho. Espero ter respeitado a autonomia de vocês e garantido a melhor assistência possível.

À banca examinadora pela disponibilidade e consideração para composição da avaliação deste e que propiciaram melhorias para a construção e finalização do trabalho.

À minha amiga Lívia pela parceria em grande parte desse doutorado. Ter você na minha vida e durante esse curso foi muito importante! Até para me levar para “relaxar” nos momentos que a pressão estava grande demais. À minha amiga Pri, que mesmo distante, esteve sempre por perto. Aos demais amigos por todo o apoio e incentivo, por acreditarem sempre em mim, me apoiando e compreendendo minhas ausências.

As colegas da ginástica matinal e a Prof.^a Alcione, que além de me ajudarem a cuidar do corpo, me incentivam diariamente a me superar e alcançar maiores e melhores objetivos.

Aos colegas do Doutorado, em especial, turma 2019, pela oportunidade de nos relacionarmos, desenvolvendo laços que possibilitaram trocas de conhecimentos acadêmicos, profissionais e de vida.

RESUMO

O paciente com falência da função do rim necessita ser encaminhado para realização de uma Terapia Renal Substitutiva (TRS). Esse encaminhamento deverá ser realizado por uma equipe de tratamento conservador em Nefrologia e, segundo as determinações específicas, o usuário deverá participar de todo o processo através de uma decisão compartilhada. Para tal, garantir a autonomia do usuário é imprescindível. Dessa ponderação, surge a questão norteadora deste trabalho: como se dá o compartilhamento das decisões entre profissionais e pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) na escolha da TRS, considerando a competência técnica e ética no processo de tomada de decisão? Por corolário, o objetivo do estudo: descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da TRS de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde. Para trilhar o caminho, o percurso metodológico se deu em duas etapas: revisão de literatura e pesquisa de campo com a realização de estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa. Os cenários foram quatro serviços de formação profissional em Nefrologia, do Rio de Janeiro. Foram convidados a participar do estudo todos os 65 profissionais que realizam atendimento aos usuários nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC das instituições entre março e setembro de 2022. A entrevista foi capaz de caracterizar a população, averiguar a compreensão do profissional sobre o processo de tomada de decisão na escolha da TRS relacionada à bioética e a seus conhecimentos e a sua formação na área de bioética, através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados são apresentados em 10 produções que respondem aos objetivos propostos, sendo elas 5 artigos e 5 resumos: “Autonomia e tomada de decisão na Doença Renal Crônica”; “A formação bioética dos especialistas em nefrologia: uma reflexão necessária”; “Unidades especializadas em doença renal crônica do Rio de Janeiro – um retrato dos serviços formadores de nefrologistas”; “A formação do nefrologista: uma análise bioética”; e “Os conflitos éticos percebidos no processo de tomada de decisão da Terapia Renal Substitutiva”; “A inserção do enfermeiro na equipe de tratamento conservador da doença renal crônica”; “A formação bioética de profissionais de saúde: é necessário rever as estratégias empregadas no processo formativo”; “Há autonomia na escolha da terapia renal substitutiva? A visão dos profissionais”; “Tratamento conservador da doença renal crônica no Rio de Janeiro: um retrato da enfermagem”; e “Percepções dos enfermeiros sobre o processo de escolha da terapia renal substitutiva”. Concluímos que as questões éticas envolvidas no processo de escolha da TRS são muitas e esperamos que, após a descrição da percepção dos profissionais atuantes em serviços formadores de Nefrologia do Rio de Janeiro, possamos repensar as estratégias empregadas no ensino e buscar melhorias na assistência ofertada pela especialidade, especialmente no que diz respeito à valorização da autonomia dos indivíduos.

Palavras-chave: bioética; insuficiência renal crônica; autonomia; relação médico-paciente; capacitação de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

Patients with impaired kidney function need to be referred for Renal Replacement Therapy (RRT). This referral must be carried out by a conservative treatment team in Nephrology and, according to specific determinations, the user must participate in the entire process through a shared decision. To this end, ensuring user autonomy is essential. From this consideration, the guiding question of this work arises: how are decisions shared between professionals and patients with Chronic Kidney Disease (CKD) when choosing RRT, considering technical and ethical competence in the decision-making process? As a corollary, the objective of the study: to describe and analyze the ethical issues involved in the process of choosing RRT for chronic kidney disease patients undergoing conservative treatment, from the perspective of the health professional. To follow the path, the methodological path took place in two stages: literature review and field research with the carrying out of a descriptive cross-sectional study, with a qualitative approach. The scenarios were four professional training services in Nephrology, in Rio de Janeiro. All 65 professionals who provide care to users in the institutions' CKD conservative treatment outpatient clinics between March and September 2022 were invited to participate in the study. The interview was able to characterize the population, ascertain the professional's understanding of the process of taking decision-making process in choosing TRS related to bioethics and their knowledge and training in the area of bioethics, through Bardin's content analysis technique. The results are presented in 10 productions that respond to the proposed objectives, including 5 articles and 5 abstracts: "Autonomy and decision-making in Chronic Kidney Disease"; "The bioethical training of nephrology specialists: a necessary reflection"; "Units specializing in chronic kidney disease in Rio de Janeiro – a portrait of nephrologist training services"; "The training of the nephrologist: a bioethical analysis"; and "Ethical conflicts perceived in the decision-making process of Renal Replacement Therapy"; "The inclusion of nurses in the conservative treatment team for chronic kidney disease"; "Bioethical training of health professionals: it is necessary to review the strategies used in the training process"; "Is there autonomy in choosing renal replacement therapy? The professionals' vision"; "Conservative treatment of chronic kidney disease in Rio de Janeiro: a portrait of nursing"; and "Nurses' perceptions of the process of choosing renal replacement therapy". We conclude that the ethical issues involved in the process of choosing RRT are many and we hope that, after describing the perception of professionals working in Nephrology training services in Rio de Janeiro, we can rethink the strategies used in teaching and seek improvements in the assistance offered by specialty, especially with regard to valuing the autonomy of individuals.

Keywords: bioethics; renal insufficiency, chronic; autonomy; physician-patient relations; health human resource training.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	QUESTÃO CENTRAL E HIPÓTESES.....	15
3	OBJETIVOS	16
4	MÉTODOS	17
4.1	ASPECTOS TEÓRICOS/ REVISÃO DA LITERATURA	17
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	18
4.3	DESENHO DO ESTUDO.....	19
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	19
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	20
4.6	COLETA DE DADOS.....	20
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	23
5	RESULTADOS.....	25
	ARTIGO 1	28
	ARTIGO 2	49
	ARTIGO 3	69
	ARTIGO 4	80
	ARTIGO 5	102
	RESUMO 6	135
	RESUMO 7	138
	RESUMO 8	142
	RESUMO 9	146
	RESUMO 10	149
6	DISCUSSÃO	152
7	CONCLUSÃO	157
	REFERÊNCIAS	159
	APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL	172
	APÊNDICE B – ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS	173
	ANEXO A – TERMOS DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)	175
	ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	182
	ANEXO C1 – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA ENSP.....	188
	ANEXO C2 – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA CO	

PARTICIPANTE 1	199
ANEXO C3 – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA CO PARTICIPANTE 2	204
ANEXO C4 – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA CO PARTICIPANTE 3	211
ANEXO C5 – PARECER COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA CO PARTICIPANTE 4	220

1 INTRODUÇÃO

Em 2006, ingressei na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora para cursar o bacharelado e a licenciatura. Logo no início do curso, 3º semestre, tive a oportunidade de realizar estágio curricular não obrigatório na Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (IMEPEN), atuando especificamente no tratamento conservador da Doença Renal Crônica (DRC). Esse estágio foi realizado durante toda a graduação em Enfermagem. Assim, tive a oportunidade de trabalhar em equipe multiprofissional e observar como essa era essencial e diferencial para um atendimento humanizado aos pacientes que necessitavam ser encaminhados para Terapia Renal Substitutiva (TRS). Paralelamente, também pude observar como as questões éticas dificultavam esse processo: seja pela atuação de alguns profissionais, seja pelos entraves na disponibilização de vagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2010, formei-me enfermeira e tive a oportunidade de ser contratada pela IMEPEN e, posteriormente, passei a atuar como responsável técnica pela instituição. Lá, fui estimulada e incentivada a continuar os estudos para crescimento profissional e possibilitar a realização de um trabalho com maior qualidade e competência. Por esse motivo, realizei minha especialização em Nefrologia pela Universidade Federal do Maranhão e o Mestrado em Saúde na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Durante a especialização multidisciplinar em Nefrologia, pude aprofundar em temas como o direito de escolha à TRS e recusa à diálise e a capacitação de recursos humanos. Porém, não tive nenhum conteúdo específico sobre ética e bioética nesse curso. Em 2015, ainda atuando no IMEPEN e cursando a parte final da especialização, comecei a me aproximar das resoluções sobre DRC recém-publicadas e que traziam claramente a possibilidade de o usuário participar desse processo de escolha. No final desse mesmo ano, soube da existência de um concurso para professor da residência de enfermagem em Nefrologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Assim, realizei essa prova, sendo aprovada e comecei a atuar nessa instituição. Novamente, no ambulatório de tratamento conservador da DRC, porém agora, como professora e com a possibilidade de capacitar enfermeiros para realizar um atendimento, conforme as necessidades de cada indivíduo.

Nesse ambulatório, tive a oportunidade de acompanhar diversas situações que, após reflexão, trouxeram-me a pergunta acerca da real participação dos pacientes na escolha de seus planos terapêuticos. Seria, de fato, uma decisão compartilhada?

Além disso, também me surgiu à inquietação de como os profissionais que acompanham esses usuários (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas) foram ou estão sendo formados e capacitados para lidarem com os conflitos, surgidos na sua prática cotidiana, de compartilhar com o paciente a escolha da terapia mais adequada a sua situação. Escolha essa que deve levar em consideração a integralidade e os aspectos de cunho biopsíquico e social deste indivíduo, num gesto de acolhimento e cuidado ampliado.

A DRC é definida por Bastos e Kirsztajn (2011) como “lesão renal e perda progressiva e irreversível” da função glomerular, tubular e endócrina dos rins, acarretando a redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ou lesão estrutural que permaneça por um período maior que 3 meses. Desde 2014, é classificada em seis categorias (1 ao 5, sendo o 3 dividido em A e B). No mais avançado, também conhecido como final ou estágio 5, o usuário apresenta TFG menor que $15 \text{ ml/min/1,73m}^2$, e será encaminhado para realização de TRS no momento em que apresentar indicações (BRASIL, 2014a; KDIGO, 2013; BRASIL, 2018). Vale destacar que esse encaminhamento para TRS tem o objetivo de manter a vida do paciente e não curar a doença. Infelizmente, até o momento, não há tratamento curativo para a DRC.

Desde 2014, segundo a Portaria nº 389, de 13 de março, do Ministério da Saúde, os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC são definidos e, no artigo 5º, inciso II, é determinada como competência de a atenção especializada ambulatorial diagnosticar, quando da necessidade de TRS, conforme as diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, o mais precocemente possível. Quando o usuário encontra-se entre os estágios 4 e 5 (pré-diálise), com TGF menor que $29 \text{ ml/min/1,73m}^2$, deverá ser encaminhado para o acompanhamento multiprofissional, com minimamente os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b). No Brasil, na área de Nefrologia, denominamos esse acompanhamento como tratamento conservador da DRC.

A Diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC orienta que, no Estágio 5, o

usuário deverá ser capacitado e preparado para a TRS. A definição da modalidade “deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional” (BRASIL, 2014a). No momento, as possibilidades disponíveis de TRS são: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) nas modalidades ambulatorial contínua, automatizada ou intermitente e Transplante Renal (TX). No SUS, a Portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seu artigo 4º, inciso XI, apresenta que o usuário tem “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, destacamos que o usuário em estágio 5 pode escolher não realizar nenhuma TRS e, juntamente com a equipe assistente, definir a manutenção deste em tratamento conservador e cuidados paliativos (MOURA-NETO; MOURA; SUASSUNA, 2017).

A Diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC destaca, ainda, que, após a definição de qual será a modalidade de tratamento escolhido, é recomendada a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contenha as informações sobre as possibilidades oferecidas e qual foi escolha do usuário juntamente com a equipe. Esse documento deve ser anexado ao prontuário (BRASIL, 2014a). Segundo Ugarte e Acioly (2014), o usuário deve decidir em relação a que tipo de tratamento receber e sempre ser encorajado pelos profissionais, com orientações, para a tomada de decisão. Assim, o usuário possuirá capacidade de se autogovernar e terá liberdade de agir conforme suas decisões, sendo, portanto, autônomo.

As diretrizes, então, reforçam a necessidade de uma tomada de decisão que não seja mais baseada somente no direcionamento do profissional com uma atitude paternalista. Essa pode ser definida como uma prática pensada no bem-estar do paciente, sem considerar sua autonomia enquanto indivíduo capaz de decidir sobre sua vida e sua saúde, sendo um princípio da administração paterna ou autoridade, com um direcionamento intencional sobre desejos, ações, preferências a outras pessoas, com objetivo principal de evitar danos. Em ações paternalistas, o profissional determina e direciona os melhores tratamentos de acordo com sua perspectiva (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Porém, reforça-se que a tomada de decisão deve ser direcionar não só às concepções do profissional, mas também às necessidades e às vontades do paciente.

Conforme Rego, Palácios e Siqueira-Batista (2020) apontam “não se trata tão-somente de acatar o que o paciente deseja, ou seja, em nome de supostamente respeitar a autonomia do indivíduo, transferir para ele a responsabilidade pelas decisões tomadas”, mas sim de repensar a relação médico-paciente, ou paciente com qualquer outro profissional da saúde, e não mais perpetuar a “noção preconcebida de que é um dever moral do profissional tomar as decisões em nome de seus pacientes”.

Devemos pensar, então, que essa tomada de decisão deve ser baseada em argumentos e princípios, eticamente equiparados, como, por exemplo, beneficência e autonomia. Esses devem servir como um guia, e não como regra, sempre deixando a possibilidade de avaliação e de julgamento individualizado das situações, identificando as várias possibilidades eticamente possíveis. Trata-se da tomada de decisão ética, em que as condutas perpassam as intuições morais individuais, mas são pautadas em princípios e condutas direcionadas por referências bioéticas (FERREIRA; SILVA JUNIOR; BATISTA, 2015).

A partir das reflexões aqui estruturadas, emergiram alguns questionamentos que direcionaram a ideia desse estudo: “Como se dá a participação do usuário no processo de escolha da TRS?”; “Quais princípios bioéticos são seguidos pelos profissionais da equipe assistente no momento do encaminhamento desse usuário para TRS?”; “Os profissionais de saúde, ao tomar a decisão de direcionar os pacientes à TRS, seguem somente condutas clínicas e técnicas ou identificam as questões (bio)éticas? Essas são levadas em consideração para a indicação, sobretudo considerando a autonomia do paciente?”; “Como se dá a formação bioética dos profissionais em Nefrologia”.

O estudo se torna relevante pela necessidade de discutir a participação do usuário na tomada de decisão e sobre a atuação profissional de especialistas em Nefrologia, considerando-se a hipótese que, na maioria das vezes, como outros profissionais de saúde, diante do *habitus* da profissão, conforme Gomes e Rego (2013) apontam, reproduzem o conhecimento tecnicista, baseando-se na doença e nos exames laboratoriais, sem observar a necessidade do indivíduo e a melhora do cuidado oferecido. Isso pode ser refletido na atenção aos usuários com DRC.

Apesar de muito se falar de direitos e de deveres do usuário, por vezes, esses estão apenas nas legislações específicas de atendimento em saúde. Porém, a prática clínica precisa ser melhorada, uma vez que a perpetuação da formação paternalista e centrada na

figura do médico ainda é muito forte. Histórica e socialmente, a formação médica serve como paradigma para as demais profissões da saúde, o que determina comportamentos espelhados de outros trabalhadores da equipe multiprofissional. É necessário que as profissões, especialmente da saúde, estruturem-se e tornem-se consolidadas para atuar de forma autônoma e com as especificidades que são características para oferecer o melhor cuidado possível (BELLAGUARDA; PADILHA; NELSON, 2020).

A escassez de publicações sobre a bioética relacionada ao processo de tomada de decisão na escolha da TRS mostra também a relevância temática da pesquisa. Essa será capaz de mostrar aos novos profissionais a oportunidade de uma atuação diferenciada e, aos profissionais atuantes há mais tempo, que é possível rever paradigmas e contribuir para o debate de acordo com uma nova forma de atuação profissional, pautada na ética.

Assim, pondera-se que as contribuições desse estudo englobam a pesquisa, a assistência e a formação profissional. As discussões sobre o tema, especialmente com profissionais em formação e com aqueles que são elos no processo de capacitação de outros, pois esses são capazes de proporcionar uma formação diferenciada de profissionais, que também poderá refletir diretamente na prática. A formação atual é baseada na teorização e nas doenças. Há, nesse contexto, a possibilidade de qualificação do profissional que retornará ao mercado de trabalho, através da utilização da Metodologia da Problematização (BERBEL, 1998), que utiliza de técnicas que apresentam casos reais ou próximos dos encontrados durante a atuação, e poderá levar o profissional a reflexão de todos os aspectos envolvidos na tomada de decisão. Nesse sentido, o estudo também trará oportunidade de crescimento na área do ensino e na formação de especialistas em Nefrologia, pois será capaz de questionar como os profissionais são capacitados em relação à bioética e aos conceitos que embasam nossas decisões quando oferecemos cuidado aos pacientes em preparo para a introdução da TRS. Nesse sentido, poderá oferecer um diferencial na formação profissional de especialistas na área.

Com este trabalho, pretende-se promover uma reflexão dos profissionais participantes do processo de tomada de decisão, demonstrando que o usuário, como responsável pela sua vida e pessoa autônoma, deve participar do processo de tomada de decisão de tratamentos e de implementações de cuidados em saúde. É uma discussão sempre necessária.

2 QUESTÃO CENTRAL E HIPÓTESES

O trabalho parte do questionamento: Como se dá o compartilhamento das decisões dos profissionais e pacientes com doença renal crônica na escolha da terapia renal substitutiva, considerando a competência técnica e ética no processo de tomada de decisão?

A partir da discussão inicial, a hipótese sustentada para o estudo é de que a equipe multiprofissional define a modalidade de TRS que é melhor para o usuário de acordo com suas características clínicas, condição social, letramento em saúde, apoio familiar e disponibilidade de serviços e de oferta de vagas pelo SUS, sem considerar as perspectivas do usuário e as necessidades consideradas como essencial para sua qualidade de vida, vontade, autonomia e os conceitos bioéticos relacionados, seguindo a lógica paternalista adquirida durante sua formação profissional.

3. OBJETIVOS

Apresentaremos, a seguir, o objetivo geral e os objetivos específicos a serem alcançados com este trabalho.

OBJETIVO GERAL:

Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar revisão Sistemática da Literatura e apresentar as principais evidências encontradas sobre a autonomia e a tomada de decisão dos pacientes com DRC em tratamento conservador na escolha da TRS;
- Avaliar a inserção e o ensino da disciplina de bioética nos cursos de formação de especialistas em Nefrologia;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos;
- Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão;
- Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

4. MÉTODOS

O percurso metodológico foi desenvolvido em duas etapas, constituindo:

- 1ª etapa: revisão bibliográfica / revisão da literatura para aprimorar o conhecimento sobre a temática estudada. A partir dela, foram possíveis a elaboração e uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de responder à pergunta: “Os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador têm autonomia na tomada de decisão para terapia renal substitutiva?”. Além disso, foi elaborada reflexão através dos principais apontamentos encontrados na literatura sobre a formação Bioética dos especialistas em Nefrologia.

- 2ª etapa: trabalho de campo com a realização de entrevista aos profissionais atuantes nos ambulatórios de tratamento conservador localizados no Rio de Janeiro e realização de estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa, que apresenta, através da análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), as implicações éticas na escolha da TRS por profissionais especialistas em Nefrologia e em formação na especialidade e a influência da formação bioética nessa especialidade. A análise dos dados se deu ancorada na teoria Principlista de Beauchamp e Childress (2002).

4.1 ASPECTOS TEÓRICOS/ REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura foi realizada com base em trabalhos anteriores, disponibilizados. Todos os estudos dependem de uma revisão prévia para sua idealização que permite ao pesquisador uma ampla cobertura do fenômeno que se pretende estudar (GIL, 2017).

Com o intuito de conhecer melhor a literatura disponível sobre a temática desse trabalho, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com as publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed) e *The Scientific Electronic Library Online* (Scielo), nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, dos estudos publicados entre os anos 2000 e 2019. O objetivo do estudo foi responder à pergunta: “Os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador têm autonomia na tomada de decisão para terapia renal substitutiva?”. Essa revisão seguiu o protocolo PRISMA que apresenta os principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (GALVÃO, PANSANI, HARRAD; 2015).

Foram utilizadas as seguintes combinações de descritores: “Insuficiência Renal Crônica” AND “Autonomia Pessoal” AND “Tomada de Decisão” (Chave 1); “Insuficiência

Renal Crônica” AND “Autonomia Pessoal” (Chave 2); “Insuficiência Renal Crônica” AND “Tomada de Decisão” (Chave 3) e os respectivos termos em inglês para as bases internacionais. Foram considerados critérios de exclusão ser um estudo de revisão sistemática ou integrativa não estar disponível em texto completo e não abordar a temática proposta. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2020.

Na busca e na seleção dos estudos, encontraram-se com as 3 estratégias 1069 estudos. Desses, 23 encontravam-se disponíveis em mais de uma base de dados (duplicatas) e, por esse motivo, foram excluídos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados 52 artigos. Com a avaliação dos critérios de exclusão, 32 artigos se adequavam ao objetivo do estudo proposto. Os seguintes dados foram extraídos dos estudos: autores, ano de publicação, título, métodos utilizados e principais resultados e conclusões.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

Foram convidadas à participação, inicialmente, 5 instituições localizadas na região metropolitana do Rio de Janeiro. Infelizmente, um centro não aceitou participar, não fornecendo a anuência institucional. O trabalho de campo e de entrevista com os profissionais foi realizada em quatro instituições de ensino e de formação de profissionais em Nefrologia, localizados no Rio de Janeiro, a saber: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Universitário Pedro Ernesto e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. A participação dos centros foi efetivada após aceite dos coordenadores e assinatura dos termos de anuência institucional (ANEXO A) que se encontram anexadas a este, apresentados respectivamente nessa ordem. Todos os centros estão localizados no município do Rio de Janeiro.

Em todos os serviços, é realizada a formação de especialistas em Nefrologia. Além disso, os serviços escolhidos para realização da pesquisa compõem referências de encaminhamento de pacientes pelas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) através do sistema de regulação de atendimento em Nefrologia no estado do Rio de Janeiro. Ambos oferecem a formação de médicos na especialidade Nefrologia e são realizadas capacitações de profissionais para atendimento em HD, DP, TX e tratamento conservador. No momento da entrevista, em 2 centros não estavam ocorrendo o treinamento de médicos devido a problemas no credenciamento junto ao Ministério da Educação. Porém, nesses 2 centros, ocorre a formação de médicos de outros países através da especialização na modalidade *latu senso*.

Esses serviços são de natureza pública. Todos são hospitais de grande porte, classificados como unidade terciária e prestam assistência nos níveis mais complexos de atenção à saúde, apresentando atividades de ensino, extensão e pesquisa, além da formação de profissionais especialistas. Os serviços têm como principal característica a oferta de ações em saúde voltadas ao SUS e a formação de profissionais para atuar conforme as necessidades de saúde da população brasileira.

As características dos serviços serão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos centros investigados

	Rede	Universitário	Residência médica	Residência em outras especialidades
Centro 1	Federal	Sim	Sim	Multiprofissional**
Centro 2	Estadual	Sim	Sim	Enfermagem / Nutrição
Centro 3	Federal	Não	Não*	Multiprofissional**
Centro 4	Federal	Sim	Não*	Multiprofissional**

Fonte: Autoria própria

* No momento da pesquisa, oferece especialização lato sensu a médicos de outros países; ** alguns desses profissionais têm a possibilidade de passar pelo ambulatório de tratamento conservador, como um dos campos de formação e de possibilidade de aprendizado.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresenta os resultados através da análise de conteúdo de Bardin.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente foram enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores médicos do serviço. Em seguida, foi solicitada a anuência para a participação institucional, conforme recomendado na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das respectivas instituições proponentes e coparticipantes, foi solicitado a indicação dos nomes de profissionais atuantes no ambulatório que poderiam participar da pesquisa e seus respectivos contatos.

Foram convidados a participar do estudo, em cada instituição, todos os profissionais

que estavam alocados para atendimento aos usuários em ambulatório de tratamento conservador da DRC, membros da equipe multiprofissional pertencentes às categorias profissionais que fazem parte da equipe mínima recomendada pelas legislações pertinentes da área, sendo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. Todos os *staffs* responsáveis e residentes do primeiro ou segundo ano da especialidade nefrologia que estiverem em treinamento no ambulatório de tratamento conservador da DRC foram inseridos. O convite foi realizado de acordo com a disponibilidade de profissionais do serviço. O serviço que não possuía atendimento do profissional ou residente na especialidade foi registrada a informação.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos: profissionais *staffs* médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais; residentes médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo e assistente social do primeiro e do segundo ano da especialidade nefrologia ou multiprofissional; profissionais que compunham a equipe do ambulatório de tratamento conservador da DRC do respectivo serviço no momento da pesquisa.

Foram excluídos: impossibilitados de participar da entrevista por estarem de licença ou férias, estando 2 nessa condição até o momento de encerramento das entrevistas; profissionais que não atuam em ambulatório de tratamento conservador na respectiva instituição; residentes que não estiverem atuando nos ambulatórios de tratamento conservador; profissionais ou residentes de outras especialidades que estiverem atuando no ambulatório; alunos da especialização na modalidade *latu senso* por não atuarem nos ambulatórios de tratamento conservador.

4.6 COLETA DE DADOS

Os coordenadores do serviço de nefrologia de cada instituição informaram através de entrevista, a fim de realizar o delineamento do perfil institucional, o número de pacientes, profissionais atuantes na equipe, atendimentos realizados para a descrição do ambulatório. Assim, foi possível compreender a dinâmica de acompanhamento em cada instituição, com o fito de cumprir os objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

Após esse momento, foi realizado o contato com os profissionais atuantes nos ambulatórios indicados pelos coordenadores. Todos foram convidados a participar da pesquisa

através de contato por e-mail ou por telefone. O convite para participação foi individual e teve apenas um remetente e um destinatário em cada e-mail. Nele, foram explicados os objetivos da pesquisa e a importância da participação de cada um, solicitando retorno da resposta ao pesquisador de aceite em colaborar.

Àqueles profissionais que aceitarem participar, foi encaminhado o TCLE digital (ANEXO B) já com a assinatura da pesquisadora responsável. O profissional convidado realizava leitura e aceitava - ou não - participar do estudo. Após, foi encaminhado o aceite à pesquisadora.

Dentre os 65 profissionais que compunham as equipes, 63 participaram das entrevistas: 61 de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha e 2 por Web conferência, em dia e horário pré-agendados, conforme disponibilidade do participante. As entrevistas ocorreram entre março e setembro de 2022.

As perguntas realizadas (APÊNDICE B) averiguaram a compreensão do profissional do processo de tomada de decisão na escolha da TRS e a relação com a bioética, além de também avaliar o relato do profissional sobre seus conhecimentos e sua formação na área de bioética.

Dados para caracterização dos participantes, através da identificação da identidade de gênero, idade, formação profissional e o ano de conclusão, se é especialista em nefrologia e qual foi a instituição de formação na especialidade; qual o tipo de curso (residência ou especialização); qual a maior titulação e se possui outra formação profissional; além do tempo de atuação na especialidade nefrologia na instituição e no tratamento conservador que estaremos realizando a pesquisa foram identificados para traçar o perfil da população.

O participante poderia retirar seu consentimento para participação em qualquer momento, assim como durante a entrevista pôde não responder às perguntas realizadas sem qualquer constrangimento ou prejuízo. Porém, nenhum se recusou a responder ou participar do estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável. Os dados foram gravados por meio eletrônico conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O arquivamento se deu em computador de acesso único da pesquisadora e de sua orientadora, sendo essas as únicas que têm acesso ao material de pesquisa. Em seguida à gravação, foi realizado download, e essa foi acondicionada fora da nuvem, em HD externo exclusivo para a pesquisa, minorando-se a possível quebra do sigilo e de confidencialidade (BRASIL, 2013).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados colhidos na entrevista foram transcritos pela pesquisadora e, em seguida, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2016), que propõe uma sequência para apreciação baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise do discurso seguiu a proposta de identificação de enunciados.

Portanto, primeiramente foi realizada a pré-análise, com organização do material disponível. Essa etapa foi o primeiro contato com o material disponível para orientar a interpretação. Nesse momento, foram realizadas as transcrições da entrevista na íntegra para constituir o corpus da pesquisa. Após a transcrição, realizou-se a leitura flutuante e exaustiva das respostas transcritas às questões da entrevista, de forma a se familiarizar com o texto e obter uma compreensão sobre o que o profissional participante da pesquisa buscou transmitir, sendo, assim, possível a elaboração de indicadores que direcionaram a interpretação que desejamos.

A segunda etapa, definida como exploração do material, deu-se com a preparação das entrevistas transcritas, seleção de temáticas que identificou os núcleos de sentido semelhantes. Nesse momento, ocorreu a escolha de categorias, que emergiram da questão norteadora desse trabalho e da hipótese. Portanto, nessa etapa, foi iniciada a interpretação, observando as variáveis de inferência presentes no discurso, além das palavras apresentadas e as variáveis psicológicas, sociológicas e históricas que estão presentes no discurso de maneira simbólica.

Após o agrupamento dos conteúdos, foi realizada a organização deles em indicadores ou temas chaves. Essa codificação ocorreu através do recorte e de categorias que foram escolhidas por meio da apresentação de características comuns nas diversas falas de participantes. Essa etapa é o tratamento dos resultados, que possibilitou relacionar características semelhantes à população e aquelas que divergem por serem apresentações individuais. Como o grupo foi heterogêneo, formado por profissionais de diferentes categorias profissionais e em níveis de formação distintos, identificamos falas relacionadas a essa diversidade. Por esse motivo, foi importante observar a homogeneidade e as características semelhantes relacionadas à nefrologia e às heterogeneidades relacionadas às profissões e respectivas áreas de atuação profissional no contexto estudado.

Na última etapa do processo de análise do conteúdo, denominada tratamento dos resultados, foi importante tornar os achados significativos e válidos, através na análise

realizada nas inferências e na interpretação final. Para isso, foi necessário ter um olhar ampliado para que o sentido que se encontra na capacidade de interpretação fosse identificado e apreendido, possibilitando a utilização dos resultados encontrados para elaboração de materiais teóricos.

A análise também foi realizada à luz do referencial teórico relacionado à corrente principialista da Bioética, com enfoque no princípio da autonomia e da dicotomia apresentada pelo paternalismo presente na atuação dos profissionais de saúde, que se relaciona à beneficência e não maleficência.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada respeitando a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CNS/MS). Os entrevistados foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa e receberam o TCLE, assinado pelo participante antes de responder à entrevista. Todos os riscos e os benefícios relacionados com a participação na pesquisa estavam descritos no TCLE.

Os riscos desse estudo se referiram ao tempo despendido para a entrevista, que pôde alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista foi realizada em dias e em horários que fossem mais convenientes para o participante, e em locais que considerassem mais adequados; os participantes tiveram liberdade para não responderem a questões que considerassem constrangedoras no questionário e na entrevista; a pesquisadora estava habilitada para reconhecer possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la, assegurando aos participantes a confidencialidade e a privacidade.

Como benefício, inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e de correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo pode propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos às suas condutas e ações realizadas por toda a equipe.

A pesquisa não teve nenhum custo para os participantes ou benefício financeiro. Foi garantida a plena liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento, a qualquer momento, por simples comunicação verbal por telefone ou por e-mail.

A pesquisa teve financiamento próprio, não tendo auxílio de nenhuma agência de financiamento. Todos os gastos foram previstos no orçamento. Todo o material coletado foi armazenado em local seguro (HD externo, exclusivo para a pesquisa). Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme Resoluções 466/12 do CNS/MS (BRASIL, 2012), e orientações do CEP/ENSP. Após esse período, serão destruídos.

Os resultados da pesquisa estão à disposição dos participantes. Os dados obtidos na pesquisa foram utilizados exclusivamente para meios científicos, como resumos para eventos científicos e artigos para submissão/publicação em periódicos.

O detalhamento dos aspectos metodológicos específicos de cada produto é apresentado em cada um dos textos que compõem os resultados desta tese de doutorado, conforme será anunciado na seção seguinte.

5. RESULTADOS

- **Artigo 1:** Foi produzido um artigo intitulado “Autonomia e tomada de decisão na Doença Renal Crônica” através dos resultados encontrados na revisão sistemática da literatura realizada com as publicações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *U.S. National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed) e *The Scientific Electronic Library Online* (SciELO), nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, dos estudos publicados entre os anos 2000 e 2019. Encontraram-se 1069 estudos. Após a leitura dos títulos e dos resumos e exclusão de duplicatas, foram selecionados 32 artigos que se adequavam ao objetivo do estudo proposto. Foram extraídos dos estudos: autores, ano de publicação, título, métodos utilizados e principais resultados e conclusões. O artigo foi publicado na edição 70 de novembro/2021 da Revista Saúde Coletiva (Barueri) com o DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8932-8950>.
- **Artigo 2:** Foi elaborado o texto “A formação Bioética dos especialistas em Nefrologia: uma reflexão necessária” que apresenta os principais achados sobre a temática na literatura e a importância em rever paradigmas e inserir a Bioética como tema transversal ao longo dos currículos de graduação e pós-graduação. A área visa estimular o processo de formação através da construção de competências dialógicas e de reflexão crítica, construindo-se um novo profissional com base na aprendizagem significativa, com amparo na empatia e no compromisso social. Para que as mudanças na atuação se deem na prática, é essencial mudar a formação, tendo como objetivo central a busca da competência médica, considerando sempre a indissociação entre a técnica e a ética. O estudo foi aceito para publicação como capítulo do livro “Caminhos da Bioética”, da editora UNIFESO. Ele encontra-se em fase de editoração.
- **Artigo 3:** Houve a elaboração do artigo “Unidades especializadas em Doença Renal Crônica do Rio de Janeiro – um retrato dos serviços formadores de Nefrologistas” que apresenta a estruturação dos ambulatórios de tratamento conservador dos serviços por meio da análise das entrevistas realizadas com os coordenadores médicos de serviço que descreveram, brevemente, a dinâmica de acompanhamento de pacientes, quais profissionais compõem a equipe, dias da semana em que ocorrem os atendimentos, número de pacientes atendidos por ambulatório e se há entrada de novos usuários através do sistema de regulação. Os dados estão apresentados através de estatística descritiva simples. Além disso, foram realizadas entrevistas com 63 profissionais atuantes nos ambulatórios dessas instituições e, deles, emergiram falas que também mostram a organização do serviço, tendo esses conteúdos

analisados através da técnica de Bardin.

- **Artigo 4:** Apresentamos o artigo intitulado “A formação do Nefrologista: uma análise bioética” que apresenta as principais características dos profissionais atuantes nas equipes de tratamento conservador em que foram realizadas as entrevistas. Na análise das entrevistas, emergiram 28 categorias agrupadas em quatro eixos temáticos: o estudo da ética; como e o quê os profissionais aprendem sobre ética; relevância do estudo da ética na formação profissional; e o estudo da ética em Nefrologia.
- **Artigo 5:** Foi construído o artigo “Os conflitos éticos percebidos no processo de tomada de decisão da Terapia Renal Substitutiva” que apresenta a análise de conteúdo das entrevistas aos profissionais sobre o processo de tomada de decisão na instituição da TRS. As unidades de significação que tiveram maior frequência de ocorrência foram agrupadas por semelhança, e os principais achados apresentados nesse estudo. Foram identificados 4 eixos temáticos, sendo esses: O acompanhamento do paciente; O processo de tomada de decisão; A bioética no encaminhamento a TRS; O Termo de consentimento.

Além dos cinco artigos acima descritos, foram elaborados resumos para a apresentação em congressos:

- **Produção 6:** “A inserção do Enfermeiro na equipe de tratamento conservador da doença renal crônica” que foi apresentado na modalidade comunicação oral do 24º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF, na cidade de Fortaleza em setembro de 2022, com dados parciais do trabalho que enfocam uma inserção ainda mínima de enfermeiros quando comparada ao número de médicos. Isso reflete diretamente na assistência com qualidade a todos os pacientes e, conseqüentemente, a integralidade do cuidado e sua qualidade perdem a efetividade, possibilitando a emergência de conflitos éticos.
- **Produção 7:** “A formação bioética de profissionais de saúde: é necessário receber as estratégias empregadas no processo formativo” que foi submetido e aceito para o XV Congresso Brasileiro de Bioética que ocorrerá na cidade de Vitória em setembro de 2023. O trabalho apresenta a necessidade de formação além da ética em pesquisa e profissional, incentivando rever ferramentas metodológicas utilizadas em todos os níveis de formação que poderá fomentar mudanças. Assim, aposta-se que a graduação é um momento propício para o ensino na efetiva construção da identidade profissional.
- **Produção 8:** “Há autonomia na escolha da Terapia Renal Substitutiva? A visão dos profissionais” que foi submetido e aceito para o XV Congresso Brasileiro de Bioética que ocorrerá na cidade de Vitória em setembro de 2023. O trabalho apresenta que, apesar de estar

bem clara e instituída a importância do processo de tomada de decisão compartilhada, muitas vezes os profissionais de saúde não estão preparados ou não se sentem seguros para conversar com o usuário e incluí-lo no processo de tomada de decisão. Infelizmente é comum que o profissional direcione o usuário para o que ele considera elegível.

- **Produção 9:** “Tratamento conservador da Doença Renal Crônica no Rio de Janeiro: um retrato da Enfermagem” que foi submetido e aceito para o 25º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF, que ocorrerá na cidade de João Pessoa em outubro de 2023. A inserção de enfermeiros, especialmente especialistas, em todas as equipes de tratamento conservador é primordial. Porém, há uma inserção ainda mínima quando comparada ao número de médicos.
- **Produção 10:** “Percepção dos Enfermeiros sobre o processo de escolha da terapia renal substitutiva” que foi submetido e aceito para o 74º Congresso Brasileiro de Enfermagem – CBEN, que ocorrerá na cidade Rio de Janeiro em novembro de 2023. O papel da enfermagem é claro no processo. Porém, há uma dificuldade em exercer autonomia do usuário, pois a possibilidade de escolha não é efetiva. É necessário repensar estratégias capazes de aperfeiçoar o cuidado. A disponibilidade de acesso a todas as TRS necessita ser revista, especialmente por gestores.

A seguir, apresentamos os resultados em seu detalhamento.

ARTIGO 1

AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Saúde Coletiva (Barueri), 11(70), 8932–8950. (2021).

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8932-8950>

***Este artigo foi publicado com formatação em Vancouver.**

AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA

AUTONOMY AND DECISION MAKING IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIONES EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

*Tatiane da Silva Campos*¹; *Andréia Patrícia Gomes*².

Resumo: Objetivo: apresentar as principais evidências encontrada na literatura sobre a autonomia e tomada de decisão dos pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador na escolha da terapia renal substitutiva. **Método:** revisão sistemática da literatura, através da busca nas plataformas Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e SciELO, em português, inglês, francês e espanhol, publicados nos últimos 20 anos. A coleta de dados e seleção dos estudos ocorreu entre março e abril de 2020. **Resultados:** Foram encontrados 32 estudos. Há consenso na literatura sobre a importância da participação do paciente na tomada de decisão. A oferta de educação e orientação para o autocuidado com avaliação dos objetivos de vida e valores do paciente é primordial para uma escolha autônoma. **Conclusão:** a discussão é relevante e escassa na literatura. A tomada de decisão compartilhada entre usuário e equipe assistente, quando da instituição de tratamento, deve ser priorizada.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Autonomia Pessoal; Tomada de Decisão Compartilhada.

Abstract: Objective: to present the main evidence found in the literature on the autonomy and decision-making of patients with chronic kidney disease under conservative treatment in choosing renal replacement therapy. **Method:** systematic literature review, through a search in the Virtual Health Library, PubMed and SciELO platforms, in Portuguese, English, French and Spanish, published in the last 20 years. Data collection and selection of studies took place between March and April 2020. **Results:** 32 studies were found. There is consensus in the literature about the importance of patient participation in decision making. The offer of education and guidance for self-care with assessment of the patient's life goals and values is essential for an autonomous choice. **Conclusion:** the discussion is relevant and scarce in the literature. Shared decision-making between the user and the assistant team, at the treatment institution, should be prioritized.

Descriptors: Renal Insufficiency, Chronic; Personal Autonomy; Decision Making, Shared.

Resumen: Objetivo: presentar las principales evidencias encontradas en la literatura sobre la autonomía y toma de decisiones de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento conservador en la elección de la terapia renal sustitutiva. **Método:** revisión sistemática de la literatura, mediante búsqueda en las plataformas Biblioteca Virtual en Salud, PubMed y SciELO, en portugués, inglés, francés y español, publicada en los últimos 20 años. La recolección de datos y la selección de estudios se llevó a cabo entre marzo y abril de 2020. **Resultados:** Se encontraron 32 estudios. Existe consenso en la literatura sobre la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones. La oferta de educación y orientación para el autocuidado con evaluación de los objetivos y valores de vida del paciente es fundamental para una elección autónoma. **Conclusión:** la discusión es relevante y escasa en la literatura. Se debe priorizar la toma de decisiones compartida entre el usuario y el equipo asistente, en la institución de tratamiento.

Descriptor: Insuficiencia Renal Crónica; Autonomía Personal; Toma de Decisiones Conjunta.

Introdução

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como a redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ou lesão estrutural, presente por, no mínimo, 3 meses. Quando o paciente com DRC está com TFG menor que 29 ml/min/1,73m², nos estágios 4 e 5, deverá ser encaminhado para acompanhamento multiprofissional, com médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social no tratamento conservador. Compete à equipe identificar a necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS), o mais precocemente possível, fornecendo orientação e preparo para a escolha da modalidade, considerando o desejo do paciente e a condição clínica¹⁻³.

A Portaria 1.820/2009 dispõe que no Sistema Único de Saúde (SUS) o paciente tem o direito de escolher e recusar o tratamento, quando houver alternativas diversas⁴. Nesse sentido, destaca-se que o paciente com DRC pode escolher não realizar nenhuma TRS, e juntamente com a equipe assistente, definir a manutenção do tratamento conservador⁵.

Porém, a TRS é essencial para a manutenção da vida. É gerado então, um conflito ético: garante-se a autonomia do paciente e sua decisão de não realizar TRS, o que pode levá-lo à abreviação do tempo de vida, mas está amparado nos Artigos XXI e XXII do Código de Ética Médico⁶; ou garante-se a vida com base no princípio da sacralidade, respaldada aqui, no dever de, em situações de risco de morte, atuar sem o consentimento do paciente. Em paciente plenamente capaz de decidir, a não realização de TRS não poderia ter seu amparo ético na argumentação de uma vida / morte digna?^{5,7}

Avaliar “o real significado de uma vida que vale a pena ser vivida e para quem deve ser dada a prerrogativa em decidir sobre tal significação”⁸ é necessário. A questão central do embate sacralidade versus qualidade pode e deve ser enfrentada na escolha de instituir ou não TRS, fundamentado na dignidade da pessoa humana e na autonomia, podendo ser debatido, inclusive, pela bioética da proteção de Schrammm & Kottow⁹.

O paciente com DRC deve ser encorajado pelos profissionais para a tomada de decisão. Porém, após avaliação das condições clínicas e cognitivas que podem estar afetadas por doenças como a DRC, identificando a capacidade de autogoverno do paciente e capacidade para tomar decisões, exercendo a autonomia. Na identificação de prejuízo na tomada de decisão, é imperioso o apoio de um representante legal, considerando-se o ordenamento jurídico brasileiro. A autonomia poderá ser representada através da assinatura de um termo de consentimento que contenha as informações sobre os tratamentos oferecidos e a escolha, que deverá ser anexado ao prontuário^{2,10-14}.

Discutimos autonomia, sem, entretanto, conceituá-la. Autonomia aqui é concebida como: capacidade do indivíduo decidir sobre sua vida; respeito à indivíduos que buscam a autorrealização; alcançar objetivos através de preferências e escolhas pessoais. Existe autonomia desde que as ações não afetem ou tragam prejuízos à vida de outras pessoas. Ações autônomas não devem ser controladas / limitadas, inclusive por profissionais¹⁵.

Comumente, profissionais indicam tratamentos baseado na avaliação clínica e laboratorial, perpetuando o paternalismo. Pode ser difícil avaliar a capacidade do indivíduo em decidir à terapêutica, pois na população brasileira com DRC há prevalência de idade avançada e baixa escolaridade, que dificulta a compreensão das orientações fornecidas. Pode-se então dizer que há autonomia? Diversas condições influenciam a tomada de decisão. Todavia, não devemos considerar *a priori* os pacientes incapazes. É importante torná-los informados, garantindo a humanização do cuidado^{12,15-17}.

A partir desses pontos, surge a inquietação deste trabalho, que tem como objetivo apresentar as principais evidências encontradas na literatura sobre a autonomia e tomada de decisão dos pacientes com DRC em tratamento conservador na escolha da TRS, a fim de substancializar discussões sobre a integralidade no cuidado dos pacientes com DRC.

Métodos

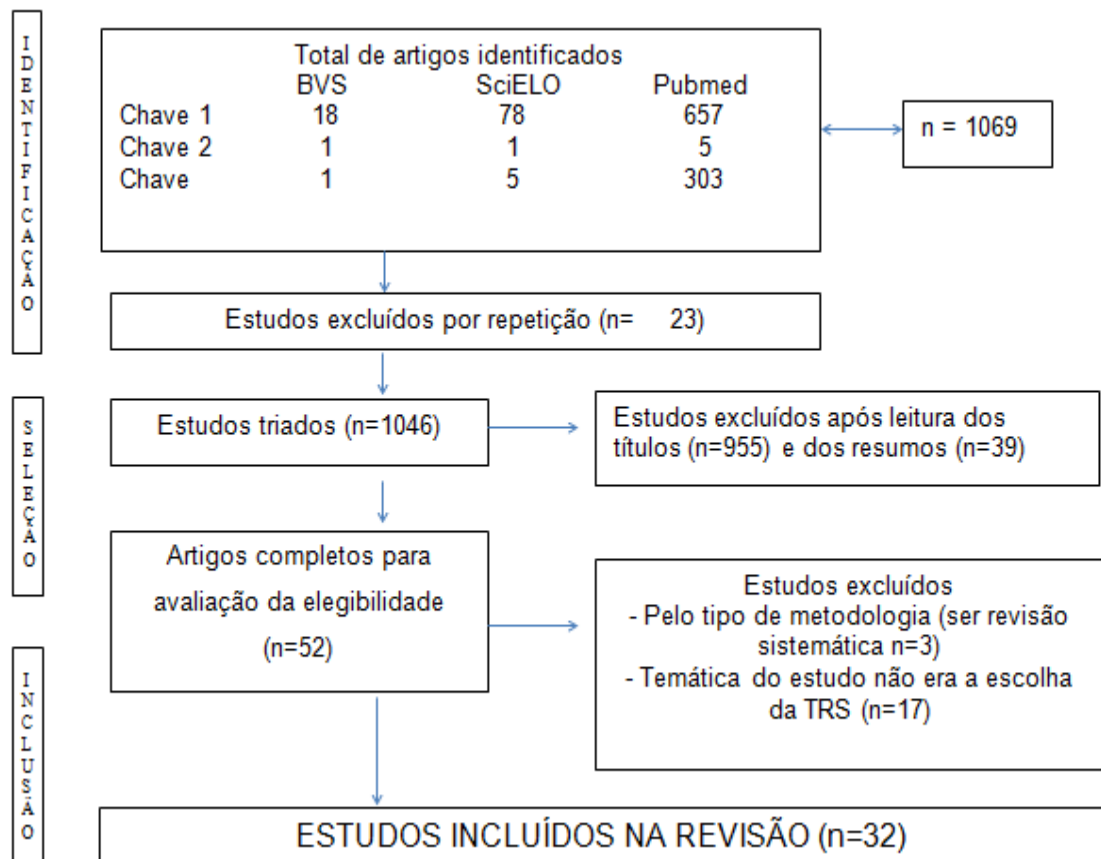
Trata-se de uma revisão sistemática de literatura seguindo o protocolo PRISMA¹⁸, formulada a partir do acrônimo PICO (*Population*: Pacientes com DRC em tratamento conservador; *Intervention*: Tomada de decisão na escolha da TRS; *Comparison*: não há nesse estudo; e *Outcomes*: Autonomia) que definiu a pergunta de pesquisa: “Pacientes com DRC em tratamento conservador têm autonomia na tomada de decisão para TRS?”.

A pesquisa constitui-se de textos disponíveis na íntegra e gratuitamente nas plataformas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e The Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na base do U.S. National Library of Medicine and National institutes of Health (PubMed) nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, publicados nos últimos 20 anos (entre 2000 e 2019), encontrados pela combinações de descritores: “Insuficiência Renal Crônica” AND “Autonomia Pessoal” AND “Tomada de Decisão” (Chave 1); “Insuficiência Renal Crônica” AND “Autonomia Pessoal” (Chave 2); “Insuficiência Renal Crônica” AND “Tomada de Decisão” (Chave 3) e os respectivos termos em inglês para bases internacionais. Foram considerados critérios de exclusão ser uma revisão sistemática ou integrativa e não

abordar a temática proposta.

A coleta de dados e seleção dos estudos ocorreu entre março e abril de 2020, por 2 revisores. Foram encontrados 1069 estudos. Após avaliação, apresentada na figura 1, restaram 32 artigos adequados ao objetivo do estudo.

Figura 1 – PRISMA: Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: Campos, TS; Gomes, AP; 2021.

Buscou-se compreender os principais achados na literatura referente à escolha da TRS por usuários que ainda se encontram em tratamento conservador, correlacionando e confrontando, sempre que possível, os resultados dos estudos. A pesquisa não foi submetida a Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de análise secundária de dados. A autenticidade de ideias dos autores foi mantida.

Resultados

Dos 32 estudos incluídos, apenas um é brasileiro. Nenhum trata especificamente da

autonomia do paciente com DRC no processo de escolha da TRS. Há consenso sobre a importância da participação do paciente com DRC na tomada de decisão, que deve ocorrer através da educação e orientação para o autocuidado, com avaliação dos objetivos de vida e valores. A literatura aponta para o compartilhamento do processo de tomada de decisão entre paciente, familiares e equipe assistente. Apresentamos a seguir a síntese das publicações encontradas.

Quadro 1. Principais características dos artigos selecionados na revisão sistemática

Autores/ Ano	Título / Métodos	Principais Resultados/Conclusão
Manns BJ, Taub K, Vanderstraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, McLaughlin K / 2005 ¹⁹	The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. / Ensaio clínico randomizado	Dos pacientes, 82,1% pretendem iniciar diálise domiciliar pensando no autocuidado (após receber intervenção) e 50% (sem intervenção). A educação favorece o autocuidado.
Holmes D, Perron AM, Savoie M / 2006 ²⁰	Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. / Ensaio reflexivo	Descreve a luta entre o poder do profissional e o direito do indivíduo de escolher TRS. Enfermeiros são fundamentais para auxiliar na escolha da TRS.
Mooney A / 2009 ²¹	Decision Making around Dialysis Options. / Estudo transversal com grupo controle	A tomada de decisão deve ser facilitada pelos profissionais: linguagem simples, termos neutros, evitar opinião e explicar pontos "positivos" e "negativos" das TRS.
Morton RL, Howard K, Webster AC, Snelling P / 2011 ²²	Patient Information about Options for Treatment (PINOT): a prospective national study of information given to incident	A maioria dos pacientes australianos foi informada das opções de tratamento antes do início, porém, em

	CKD Stage 5 patients. / Estudo prospectivo nacional multicêntrico	estágio avançado da DRC. A educação e o apoio anteriores à tomada de decisão pode auxiliar na escolha pelo transplante e diálise domiciliar
Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW, Howard, K / 2012 ²³	Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. / Pesquisa descritiva exploratória	Mais propensos a escolher diálise: tratamento diurno, transporte disponível e aumento da expectativa de vida. Mantem-se em conservador: aumenta idas ao hospital e ter restrições à viajar
Mooney, A / 2012 ²⁴	How to Select among Dialysis Options. / Ensaio reflexivo	Tomar a decisão: melhora adesão e resultados; faz compreender e aceitar melhor as complicações.
Winterbottom A, Bekker HL, Conner M, Mooney A / 2012 ²⁵	Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context / Pesquisa qualitativa	Pacientes compreendem que a escolha da TRS é sua. Prontidão: somente quando sintomáticos. Decisão: fazer ou não diálise; e não, escolher a melhor TRS.
Johansson L / 2013 ²⁶	Shared decision making and patient involvement in choosing home therapies. / Artigo de reflexão	Tomada de decisão compartilhada melhora a qualidade do tratamento e garante atenção às necessidades psicossociais e clínicas
Kurella TM, Periyakoil VS / 2013 ²⁷	The patient perspective and physician's role in making decisions on instituting dialysis.	Considerar: benefícios e ônus das TRS, comportamentos do

	/ Ensaio clínico randomizado	paciente e rede de apoio. Diálise vista como terapia padrão impede compreensão das demais opções.
Lam DY, O'Hare AM, Vig EK / 2013 ²⁸	Decisions About Dialysis Initiation in the Elderly. / Relato de caso	Idoso (80 anos): realizar TRS ou cuidados paliativos. Decisão: diálogo com a família e autonomia
Murray MA, Bissonnette J, Kryworuchko J, Gifford W, Calverley S / 2013 ²⁹	Whose Choice Is It? Shared Decision Making in Nephrology. / Artigo de reflexão	Descreve princípios da tomada de decisão compartilhada. Sistemas de saúde precisam inovar a comunicação para garantir apoio à decisão do paciente.
Porter E, Watson D, Bargman JM / 2013 ³⁰	Education for patients with progressive CKD and acute-start dialysis. / Ensaio reflexivo	Apresenta estratégias educativas e psicológicas para auxiliar no apoio a pacientes DRC, especialmente para início de diálise na urgência.
Schell, JO, O'Hare AM / 2013 ³¹	Illness trajectories and their relevance to the care of adults with kidney disease. / Artigo de Reflexão	Conhecer gravidade direciona risco de eventos futuros. Avaliação individual auxilia discussão de prognósticos e decisões realistas
Harwood L, Clark AM / 2014 ³²	Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. / Estudo qualitativo	Apoio profissional e familiar leva a escolha da diálise domiciliar. Influenciam idosos na

		decisão: valores, estado de saúde, gênero, conhecimento, experiência, crença, recurso disponível, estilo de vida,
Schell JO, Cohen RA / 2014 ³³	A Communication Framework for Dialysis Decision-Making for Frail Elderly Patients. / Relato de experiência	Discute a melhor estratégia de tratamento em idosos frágeis com DRC e benefícios de início da diálise. O clínico pode recomendar plano de tratamento direcionado
Erlang AS, Nielsen IH, Hansen HO, Finderup J / 2015 ³⁴	Patients experiences of involvement in choice of dialysis mode. / Estudo qualitativo	Paciente é parte significativa da decisão. Tende a adiar escolhas por estar assintomático. Conselhos profissionais alteram a experiência.
Jayanti A, Neuvonen M, Wearden A, Morris J, Foden P, Paul B, Mitra S and BASIC-HHD study group / 2015 ³⁵	Healthcare decision-making in end stage renal disease-patient preferences and clinical correlates. / Estudo descritivo exploratório	Pacientes preferem receber informações; mas não se tornam ativos por recebê-la. Compreender os fatores individuais relacionados à decisão, proporciona avaliação de necessidade e preferências.
Seah AS, Tan F, Srinivas S, Wu HY, Griva K / 2015 ³⁶	Opting out of dialysis – Exploring patients' decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease. / Estudo qualitativo-	Participantes referem os fatores que os levaram a escolher o tratamento conservador. Todos tomaram posse de sua decisão, apesar dos

	entrevistas semiestruturadas	conselhos contrários e estavam satisfeitos com a decisão e condição atual. Destaca fatores que determinam a decisão
Dahlerus C, Quinn M, Messersmith E, Lachance L, Subramanian L, Perry E, Cole J, Zhao J, Lee C, McCall M, Paulson L, Tentori F / 2016 ³⁷	Patient Perspectives on the Choice of Dialysis Modality: Results from the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) Study. / Estudo transversal	Compreendem a escolha não sendo deles: 47% em Hemodiálise (HD); apenas 3% em Diálise Peritoneal (DP). O papel limitado percebido na escolha da TRS mostra a necessidade de intervenções para a tomada de decisão compartilhada
Moist LM, Al-Jaishi AA / 2016 ³⁸	Preparation of the Dialysis Access in Stages 4 and 5 CKD. / Ensaio reflexivo	Direcionar a TRS baseado na TFG, risco de complicações e acesso a serviços; Equipe: apoiar decisão.
Pereira E, Chemin J, Menegatti CL, Riella MC / 2016 ³⁹	Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. / Pesquisa descritiva exploratória	A escolha da TRS foi decisão exclusivamente médica em 76,3%. DP foi considerada a melhor TRS relacionada à qualidade de vida, bem-estar clínico e psicossocial
Noble H, Brazil K, Burn A, Hallahan S, Normand C, Roderick P, Thompson C, Maxwell P, Yaqoob M /	Clinician views of patient decisional conflict when deciding between dialysis and conservative management: Qualitative findings from the palliative care in chronic kidney	Temas identificados: mudança de opinião frequente dos pacientes em relação às opções de tratamento; obrigatória inclusão dos médicos na tomada de de-

2017 ⁴⁰	disease (PACKS) study. / Estudo qualitativo e interpretative	cisões (que retém informações para não causar preocupação ao paciente); complexidade da tomada de decisão que revela opiniões médicas
Piccoli GB, Sofronie AC, Coindre JP / 2017 ⁴¹	The strange case of Mr. H. Starting dialysis at 90 years of age: clinical choices impact on ethical decisions. / Relato de caso	Idoso (90 anos) = início de diálise = análise principialista: não há restrição de TRS (justiça); Equilíbrio beneficência e não maleficência; Decisão final do idoso (autonomia)
Shukla AM, Easom A, Singh M, Pandey R, Rotaru D, Wen X, Shah SV / 2017 ⁴²	Effects of a comprehensive predialysis education program on the home dialysis Therapies: a retrospective cohort study. / Estudo descritivo retrospectivo, qualitative	Educação pré-diálise aumenta escolha por terapia domiciliar. Discutir: localização, estrutura e função renal; DRC e estágios; tipos de TRS e quando iniciar (incluir transplante e conservador); estilo de vida; melhor TRS, existe?
Bezerra CIL, Silva BC, Elias RM / 2018 ⁴³	Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: do anxiety, stress and depression matter? / Estudo prospectivo	Depressão, ansiedade e estresse nos estágios finais da DRC não relacionam com escolha da TRS; esses sintomas diminuem após início da diálise
Campbell-Crofts S, Stewart G / 2018 ⁴⁴	How perceived feelings of "wellness" influence the decision-making of people with	Preciso de TRS? Qual é a "certa" para mim? Quando devo iniciar? Respostas

	predialysis chronic kidney disease. / Descritivo exploratório qualitativo	foram impactadas pelo bem-estar, crença de TRS não necessária, cuidado centrado na pessoa e educação na pré-diálise.
Chen N-H, Lin Y-P, Liang S-Y, Tung H-H, Tsay S-L, Wang T-J / 2018 ⁴⁵	Conflict when making decisions about dialysis modality. / Estudo transversal correlacional	Decisão da TRS: relacionada a valores. Tem menor autoeficácia e conflito na decisão quem não recebe educação pré-diálise.
Friberg IO, Mårtensson L, Haraldsson, B, Krantz G, Määttä S, Järbrink K / 2018 ⁴⁶	Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. / Estudo transversal	Mais propensos a diálise domiciliar quem recebe educação pré-diálise de 3 ou mais profissionais. Menor probabilidade com idade avançada e residir próximo a clínica
Ladin K, Pandya RA, Kannam A, Loke R, Oskoui T, Perrone RD, Meyer KB, Weiner DE, Wong JB / 2018 ⁴⁷	Discussing Conservative Management of Older Patients With CKD: An Interview Study of Nephrologists. / Estudo qualitativo	Nefrologistas norte americanos que orientam idosos sobre TRS devem apresentar tratamento conservador como modalidade de tratamento e vislumbrar essa possibilidade sem o peso do sofrimento moral
Malkina A, Tuot DS / 2018 ⁴⁸	Role of telehealth in renal replacement therapy education. / Revisão de literatura	Sugere educação com auxílio de tecnologia sobre opções de TRS para pacientes geograficamente isolados e/ou clinicamente

		frágeis
Scott J, Owen-Smith A, Tonkin-Crine S, Rayner H, Roderick P, Okamoto I, Leydon G, Caskey F, Methven S / 2018 ⁴⁹	Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: a secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study. / Estudo qualitativo	A prevalência de alterações cognitivas entre pessoas com DRC é alta. No Reino Unido, a diálise é iniciada e continuada por indivíduos com demência e serviços devem ser adaptados para atender às necessidades dessa população
Teso AD, Moutet AL, Lefuel P, Seigneux S, Golay A, Martin P-Y / 2019 ⁵⁰	Comment adapter une offre éducative aux spécificités des patients atteints d'insuffisance rénale chronique? / Relato de experiência	A conscientização da cronicidade, estar assintomático, sensação de controle sobre a vida e ser ativo no cuidado favorece a avaliação de opções terapêuticas, aceitação e resiliência para escolha autônoma.

Fonte: Campos, TS; Gomes, AP; 2021.

Discussão

A ética é essencial à prática em saúde e o respeito à autonomia do paciente está presente nos códigos de ética das profissões. Todos devem ter o exercício de sua autonomia amplamente garantido e as informações devem ser apresentadas, tornando possível o exercício pleno da capacidade de escolha. Discussões éticas relacionadas à Nefrologia são frequentes e tem seu foco direcionado a manutenção ou retirada de diálise. Os diálogos sobre a escolha da TRS, entretanto é pouco debatido ^{20,26}.

O envolvimento de pacientes na tomada de decisão reflete em suas preferências e valores. A implementação de estratégias de educação permite o empoderamento, possibilita a escolha da modalidade de TRS; otimiza a participação na tomada de decisão; além de aumentar a escolha por terapias residenciais, como a DP. Tornar as informações ao alcance do paciente e compreensível favorece o entendimento da influência da TRS na vida, e possibilita

escolhas adequadas aquele que irá realizar^{19,21-22,26,33,35-36,42}. Durante a assistência em tratamento conservador, enfermeiros podem ter um papel fundamental na educação para escolha da TRS e poderão assim atuar com uma visão holística e diferenciada, favorecendo o desenvolvimento da autonomia profissional^{20,51}.

O processo de construção do conhecimento é crescente e deve ser iniciado concomitante a descoberta da doença, já que a evolução clínica é dinâmica na DRC e o foco deve ser a qualidade de vida e não no método de tratamento^{25,34}. É importante iniciar o compartilhamento de informações nos estágios iniciais da DRC, favorecendo que o paciente compreenda pontos positivos e negativos de cada modalidade, até o início da TRS, fortalecendo sua autonomia e a capacidade de opinar em seu plano de cuidado⁵⁰. No Reino Unido, um estudo com 458 pacientes, sendo 39,7% em pré-diálise e os demais em HD, demonstrou que jovens têm maior facilidade para tomar decisões e idosos desejam receber mais informações, mesmo não participando ativamente da escolha³⁵. Há, também, que se comentar que não é só a informação pela informação, mas a qualidade e a forma como o profissional as apresentam. A autonomia pode ou não ser valorizada de forma que a decisão seja de fato esclarecida e compartilhada²⁰.

Profissionais são primordiais no auxílio aos pacientes para melhores escolhas. Porém, seu papel é aconselhar as opções de tratamento, fornecendo informações para a decisão individual. Nesse sentido, é importante promover a decisão autônoma, mesmo que essa conflite com a beneficência ou não maleficência que o profissional acredite estar aplicando^{28,40}. Ressaltamos que a TRS pode ser essencial para a manutenção da vida e que, ainda assim, há a possibilidade de negar sua instituição. Ao profissional caberá, diante dessa escolha da qual discorda, exercer seu direito de objeção de consciência e encaminhar o paciente a um colega capaz de oferecer tal cuidado.

O único estudo brasileiro identificou que a escolha da modalidade dialítica foi decisão exclusiva dos médicos em 76,3% dos 220 casos avaliados; em 17,8% a decisão foi conjunta entre pacientes e equipe médica; e 5,9% a decisão envolveu apenas familiar ou paciente, não havendo participação do médico assistente³⁹. Em Washington, dos pacientes que iniciaram HD, 47% acreditavam que a decisão da modalidade não foi deles; já em DP apenas 3% apresentam o mesmo relato. Os que escolheram a fizeram por medo das complicações que outra TRS possa oferecer, especialmente, infecção³⁷.

Ressalta-se que o processo de decisão conjunta é o ideal: equipe multiprofissional e paciente; e nos casos impossibilitado de decidir: familiar ou representante legal fará. Portanto

é importante a implementação na rotina de estratégias educacionais para apoiar pacientes no momento que se aproximam da TRS. Profissionais devem atentar para a individualidade, barreiras de aprendizagem, crenças e compreensão sobre sua condição, considerando a rede de apoio, visto que o processo de educação pode demorar^{24,26,40}.

Não é indicado apenas encaminhar folhetos ou materiais informativos. É preciso um trabalho conjunto, oferecendo apoio e acompanhando os estágios de prontidão para mudança que podem interferir na tomada de decisão, inovando na comunicação com inclusão de tecnologias^{24,29-30}. Em 2005, 82,1% dos pacientes que receberam 2 sessões de orientação sobre escolha da TRS pretendiam iniciar diálise domiciliar. Já no grupo que recebeu o tratamento padrão, sem orientações, apenas 50% tiveram a mesma escolha¹⁹.

O processo de educação utilizando recursos como ligações telefônicas, mídias sociais, aplicativos e sites possibilita a discussão entre pacientes, familiares e profissionais, segundo 87,9% pacientes em HD nos EUA, 55,6% na Nova Zelândia e 13,9% em Hong Kong. Nesse último, 81,3% realizam DP, índice esse relacionado à oferta de educação e possibilidade de escolha da TRS⁴⁸. Porém, no Brasil, destacamos que a DRC afeta em sua maioria pessoas com baixa escolaridade e nível socioeconômico e, portanto, é preciso cuidado com o uso de tecnologias, que podem não alcançar a todos¹⁶.

Pessoas com maior dificuldade para tomar decisão, não receberam educação pré-diálise, possuem menor conhecimento e relatam falta de apoio profissional e isso pode influenciar negativamente o processo. Quando o conflito relacionado à decisão é grande, pode resultar em decepção ou arrependimento com a escolha⁴⁵.

Muitos médicos identificam idosos com comprometimento cognitivo, comorbidades associadas e sem apoio social como inviáveis para decidir. É importante discutir a possibilidade de diretivas antecipadas de vontade, que favorece o desejo do paciente declarado anteriormente, podendo essa estratégia beneficiar muitos, pois a prevalência de comprometimento cognitivo entre pacientes com DRC é alta. Depressão, ansiedade e estresse, comuns na DRC, não parecem influenciar a escolha da TRS^{11,43,49}.

Potenciais benefícios e ônus de instituição da diálise em idosos frágeis é uma discussão frequentemente apresentada. Os benefícios são descritos como possibilidade de prolongar a vida; alívio de sintomas como fadiga, perda de peso e apetite; melhora do sono e qualidade de vida; capacidade de realizar atividades que proporcionam alegria e satisfação; relações sociais e fortalecimento de vínculos na diálise; e apoio de outras pessoas que realizam mesmo tratamento^{23,33,38}. O ônus é descrito como: dificuldades, falhas e

complicações com acesso para TRS; tempo que permanece em tratamento diariamente; dependência de transporte para realizar terapia; aumento de hospitalizações e complicações de saúde; e sintomas após o procedimento, como fadiga e dor³³. É primordial analisar cuidadosamente benefícios e ônus das opções em potencial, considerando os comportamentos relacionados à saúde do paciente e sua rede de apoio. As opções devem ser claras, oferecendo liberdade de escolha²⁷, de acordo com a realidade local, que pode não oferecer todas as TRS por falta de vagas ou serviços.

A influência familiar na tomada de decisão é descrita como um fator negativo, pois o paciente pode optar por modalidades adequadas a sua rede de apoio e não a que gostaria. A decisão autônoma é direcionada pelo valor e pelo contexto de vida de um indivíduo e geralmente, influenciada pelo comprometimento; estado de saúde atual; presença de sintomas e comorbidades associadas; conhecimento sobre as modalidades; valores, crenças, preferências, estilo de vida, relacionadas ao prolongamento da vida com qualidade; experiências passadas, principalmente com familiares e amigos que realizaram TRS; e recursos disponíveis, pensando no suporte para manutenção do tratamento. Estudos evidenciam que o apoio profissional e familiar foi o maior determinante para a seleção de modalidade domiciliar^{32,35-36,38,44-46}.

Informações adequadas podem aprimorar o processo de tomada de decisão. Muitos têm alta probabilidade de morrer antes do início da diálise e não são informados disso. A visão generalizada da diálise como terapia padrão impede a orientação de pacientes que deveriam compreender as opções de tratamento e adaptar à vida ou aceitar a possibilidade de morte²⁷. Estudos discutem sobre a possibilidade de recusa de tratamento, especialmente para idosos. É importante apresentar a permanência em tratamento conservador como uma possibilidade, que não deve ser identificada como cuidado paliativo, mas sim, um cuidado que cause menor sofrimento^{36,47}. Um relato interessante foi o caso de idoso (90 anos), necessitando iniciar diálise, apresentado através do principalismo. A diálise foi disponibilizada sem restrição, aplicando a justiça. A decisão final sobre iniciar ou não TRS ficou com o idoso (respeito à autonomia). No entanto, sua escolha dependia do equilíbrio entre beneficência e não maleficência (qualidade de vida X complicações ocasionadas pelo tratamento). A decisão de iniciar a diálise foi mantida enquanto a assistência garantia seu bem-estar⁴¹.

É necessário ampliar essa discussão, pois é crescente o número de pessoas que necessitam iniciar TRS e precisam ser preparadas para lidar com as mudanças que ocorrerão.

A equipe de saúde deve apoiar o paciente e ser um ponto de equilíbrio para a tomada de decisão, fornecendo informações sobre riscos e benefícios, atentando-se sempre para as preferências do paciente com DRC^{31,38,52}.

Conclusões

Os estudos apontam a necessidade de uma decisão compartilhada, com apresentação de todas as possibilidades de tratamento existentes. Algumas publicações direcionam como os médicos devem agir, indicando o melhor tratamento de acordo com as melhores evidências científicas, fornecendo orientação sobre vantagens e desvantagens de cada opção disponível, possibilitando escolhas esclarecidas e autônomas. Deve-se reforçar que mesmo sem intenção de ferir a autonomia do paciente, neste momento muitos profissionais fazem escolhas sem levar em conta a capacidade individual e o compartilhamento, afinal o paciente é o titular de sua vida. Em contrapartida, pacientes escutam as posições profissionais e optam por modalidades que não conhecem bem. A escolha é pessoal e direcionada pelo valor e contexto de vida de um indivíduo. Por falta de conhecimento, muitos ainda seguem apenas a indicação profissional.

Identificou-se escassez de publicações brasileiras e uma lacuna na discussão da atuação da equipe multiprofissional nesse contexto; há apresentação apenas do papel do médico no processo de decisão compartilhada. Outro ponto importante e não identificado é sobre a possibilidade de mudança de terapia ao longo do tempo, uma realidade que precisa ser compartilhada com o paciente. Nesse sentido, o paciente com DRC não se torna refém da escolha quando essa não atende suas expectativas.

Concluimos que é um tema complexo e que precisa ser discutido. É necessário ponderar e refletir acerca da autonomia e a priorização dessa prática na atenção ao doente renal em tratamento conservador, especialmente no Brasil.

Referências

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013;3:1-150.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, p. 14. 13 mar 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília, pp. 37. 9 mai 2014
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, pp. Brasília, pp. 6. 13 ago 2009
5. Moura Neto JA, Moura AFDS, Suassuna JHR. Renouncement of renal replacement therapy: withdrawal and refusal. *J. Bras. Nefrol*, 2017;39(3):312-22.
6. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução Nº 22, de 17 de setembro de 2018. Código de Ética Médica. Brasília, pp. 110. 27 set 2018.
7. Villas-Bôas ME. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Rev Bioét*, 2008; 16:61-83.
8. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. *Cadernos de Saúde Pública*, 2005; 21 (1):111-9.
9. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*, 2001; 17: 949-56.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, pp. 12. 12 dez 2012.
11. Matta SM, Matos MJ, Kummer AM, Barbosa IG, Teixeira AL, Silva ACS. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. *J Bras Nefrol*, 2014; 36(2):241-245.
12. Ugarte ON, Acioly MA. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it. *Rev. Col. Bras. Cir*, 2014;41(5):274-7.
13. Brasil. Código Civil: Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília, pp. 194. 11 jan 2002.
14. Brasil. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência): Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília, pp. 31. 6 jul 2015.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
16. AguiarLK, PradoRR, GazzinelliA, MaltaDC. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Epid*, 2020; 23.
17. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev Bras Educ Med*, 2008; 32(4): 482-91.
18. Galvão TF, Pansani TSA, HarradD. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015;24(2):335-42.
19. Manns BJ, Taub K, Vanderstraeten C, Jones H, Mills C, Visser M, *et al*. The impact of

education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. *Kidney Int*, 2005;68(4):1777-83.

20. Holmes D, Perron AM, Savoie M. Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. *Philos Ethics Humanit Med*, 2006;1:12.
21. Mooney A. Decision Making around Dialysis Options. *Cont Nephrol*, 2009;163: 257-60.
22. Morton RL, Howard K, Webster AC, Snelling P. Patient Information about Options for Treatment (PINOT): a prospective national study of information given to incident CKD Stage 5 patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2011;26(4):1266-74.
23. Morton RL, Snelling P, Webster AC, Rose J, Masterson R, Johnson DW *et al*. Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. *Canadian Medical Association or its licensors*, 2012;184(5):277-83.
24. Mooney A. How to Select among Dialysis Options. *Cont Nephrol*, 2012;178: 278-83.
25. Winterbottom A, Bekker HL, Conner M, Mooney A. Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations*, 2012;17: 710-23.
26. Johansson L. Shared decision making and patient involvement in choosing home therapies. *Journal of Renal Care*, 2013;39(Suppl. 1):9-15.
27. Kurella TM, Periyakoil VS. The patient perspective and physician's role in making decisions on instituting dialysis. *Nephrol Dial Transplant*, 2013;28(11):2663-66.
28. Lam DY, O'Hare AM, Vig EK. Decisions About Dialysis Initiation in the Elderly. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013;46 (2):298-302.
29. Murray MA, Bissonnette J, Kryworuchko J, Gifford W, Calverley S. Whose Choice Is It? Shared Decision Making in Nephrology Care. *Seminars in dialysis*, 2013; 26(2): 169-74.
30. Porter E, Watson D, Bargman JM. Education for patients with progressive CKD and acute-start dialysis. *Adv Chronic Kidney Dis*, 2013;20(4):302-10.
31. Schell JO, O'Hare AM. Illness trajectories and their relevance to the care of adults with kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 2013;22(3):316-24.
32. Harwood L, Clark AM. Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, 2014; 23: 3378-90.
33. Schell JO, Cohen RA. A Communication Framework for Dialysis Decision-Making for Frail Elderly Patients. *Clin J Am Soc Nephrol*, 2014;9(11):2014-21.
34. Erlang AS, Nielsen IH, Hansen HO, Funderup J. Patients experiences of involvement in choice of dialysis mode. *Journal of Renal Care*, 2015;41(4):260-7.
35. Jayanti A, Neuvonen M, Wearden A, Morris J, Foden P, Paul B *et al*. Healthcare decision-making in end stage renal disease-patient preferences and clinical correlates. *BMC Nephrol*,

2015;16:189.

36. Seah AS, Tan F, Srinivas S, Wu HY, Griva K. Opting out of dialysis – Exploring patients' decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease. *Health Expect*, 2015;18(5):1018-29.

37. Dahlerus C, Quinn M, Messersmith E, LachanceL, SubramanianL, Perry E et al. Patient Perspectives on the Choice of Dialysis Modality: Results From the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) Study. *Am J Kidney Dis*, 2016;68(6):901-10.

38. Moist LM, Al-Jaishi AA. Preparation of the Dialysis Access in Stages 4 and 5 CKD. *Adv Chronic Kidney Dis.*, 2016; 23(4):270-275.

39. Pereira E, Chemin J, Menegatti CL, Riella MC. Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. *J Bras Nefrol*, 2016; 38(2):215-24.

40. Noble H, Brazil K, Burn A, Hallahan S, Normand C, Roderick P *et al*. Clinician views of patient decisional conflict when deciding between dialysis and conservative management: Qualitative findings from the Palliative Care in chronic kidney disease (PACKS) study. *Palliative Medicine*, 2017; 31 (10): 921-31.

41. Piccoli GB, Sofronie AC, Coindre JP. The strange case of Mr. H. Starting dialysis at 90 years of age: clinical choices impact on ethical decisions. *BMC Med Ethics*, 2017; 18(1):61.

42. Shukla AM, Easom A, SinghM, Pandey R, RotaruD, WenX *et al*. Effects of a comprehensive predialysis education program on the home dialysis therapies: a retrospective cohort study. *Perit Dial Int.*, 2017;37(5):542-7.

43. Bezerra CIL, SilvaBC, Elias RM. Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: do anxiety, stress and depression matter?. *BMC Nephrol*, 2018;19(1):98.

44. Campbell-Crofts S, Stewart G. How perceived feelings of "wellness" influence the decision-making of people with predialysis chronic kidney disease. *J Clin Nurs*, 2018; 27(7-8):1561-71.

45. ChenN-H, LIN Y-P, LIANG S-Y, TungH-H, TsayS-L, WangT-J. Conflict when making decisions about dialysis modality. *J Clin Nurs*, 2018; 27(1-2):138-46.

46. Friberg IO, Mårtensson L, Haraldsson B, Krantz G, Määttä S, Järbrink K. Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. *Perit Dial Int.*, 2018; 38(5):334-42.

47. Ladin K, Pandya R, Kannama, Loke R, Oskoui T, Perrone Rd, et al. Discussing Conservative Management With Older Patients With Ck D: An Interview Study Of Nephrologists. *American Journal Of Kidney Diseases*, 2018;71(5): 627-35.

48. Malkina A, Tuot DS. Role of telehealth in renal replacement therapy education. *Semin Dial*, 2018; 31(2):129-34.

49. Scott J, Owen-Smith A, Tonkin-Crine S, Rayner H, Roderick P, Okamoto I *et al.* Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: a secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study. *BMJ Open*, 2018; 8:e022385.

50. Teso AD, Moutet AL, Lefuel P, Seigneux S, Golay A, Martin P-Y. Comment adapter une offre éducative aux spécificités des patients atteints d'insuffisance rénale chronique? *Néphrologie & Thérapeutique*, 2019;15: 193-200.

51. Oliveira NC, Peçanha TBA, Fonseca CSG. Desafios enfrentados pelos enfermeiros para garantir sua autonomia no cenário de alta complexidade. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 2020; 9(50), 1842–1850.

52. Sousa CND, Araújo DAM, Sousa WGS, Lemos MHS, Rocha NRA, Negreiros ALB. Percepção de portadores de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 2021; 11(64), 5594–5603.

1 - Rua Maxwell, 608, apt. 202, Andaraí. CEP: 20541-125. Rio de Janeiro/RJ, Brasil. tatianedascampos@gmail.com; (32)98811-5257

2 – Rua Vereador Gilberto Valerio Pinheiro 134/101, Santo Antônio, Viçosa, Minas Gerais. CEP 36570-000, andrea.gomes@ufv.br, (31)99417-2530.

ARTIGO 2

**A FORMAÇÃO BIOÉTICA DOS ESPECIALISTAS EM NEFROLOGIA: UMA
REFLEXÃO NECESSÁRIA.**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Capítulo do Livro - “Caminhos da Bioética” (Editora UNIFESO)

Já enviado e aceito para Publicação.

***Este artigo foi aceito para publicação com formatação em Vancouver.**

A formação Bioética dos especialistas em Nefrologia: uma reflexão necessária.

The Bioethical training of Nephrologists: a necessary reflexion.

La formación Bioética de los especialistas en Nefrología: una reflexión necesaria.

Tatiane da Silva Campos¹; Andréia Patrícia Gomes²

- 1. Enfermeira. Professora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutoranda do PPGBIOS, ENSP/FIOCRUZ.**
- 2. Médica. Professora da Universidade Federal de Viçosa. Orientadora do PPGBIOS, ENSP/FIOCRUZ.**

Resumo: A reflexão sobre a formação de especialistas em Nefrologia é imprescindível. Nesse sentido, falar sobre a formação com foco na Bioética é primordial, uma vez que as práticas profissionais sofreram constantes mudanças e precisam estar atreladas às necessidades atuais, que pautam a humanização e o trabalho multiprofissional. É necessário rever paradigmas e inserir a Bioética como tema transversal ao longo dos currículos de graduação e pós-graduação. Esta visa estimular o processo de formação através da construção de competências dialógicas, de reflexão e críticas construindo-se um novo profissional com base na aprendizagem significativa, com amparo na empatia e no compromisso social. Além disso, esse profissional deverá ser capaz de considerar a autonomia plena dos pacientes que, orientados, são seres capazes de pactuar um plano de cuidado adequado às suas vidas. Para que as mudanças na atuação se deem na prática, é essencial mudar a formação, tendo como objetivo central a busca da competência médica, considerando sempre a indissociação entre a técnica e a ética.

Palavras chaves: Nefrologia; Bioética; Capacitação de recursos humanos em saúde; Educação médica.

Abstract: Reflection on the training of specialists in nephrology is essential. In this sense, talking about training with a focus on Bioethics is essential, since professional practices have undergone constant changes and need to be linked to current needs, which guide humanization and multidisciplinary work. It is necessary to review paradigms and insert Bioethics as a transversal theme throughout the undergraduate and graduate curricula. This aims to stimulate the training process through the construction of dialogic, reflective and critical skills, building a new professional based on meaningful learning, supported by empathy and social commitment. In addition, this professional should be able to consider the full autonomy of patients, who, being advised, are beings capable of agreeing on a care plan appropriate to their lives. For changes in performance to take place in practice, it is essential to change training, with the central objective of seeking medical competence, always considering the inseparability between technique and ethics.

Keywords: Nephrology; Bioethics; Health human resource training; Medical education.

Resumen: La reflexión sobre la formación de especialistas en nefrología es fundamental. En ese sentido, hablar de formación con enfoque en Bioética es fundamental, ya que las prácticas profesionales han sufrido constantes cambios y necesitan estar vinculadas a las necesidades actuales, que orientan la humanización y el trabajo multidisciplinario. Es necesario revisar paradigmas e insertar la Bioética como tema transversal a lo largo de los planes de estudio de pregrado y posgrado. Esto tiene como objetivo estimular el proceso de formación a través de la construcción de habilidades dialógicas, reflexivas y críticas, construyendo un nuevo profesional basado en el aprendizaje significativo, apoyado en la empatía y el compromiso social. Además, este profesional debe ser capaz de considerar la plena autonomía de los pacientes, quienes, asesorados, son seres capaces de acordar un plan de cuidados adecuado a su vida. Para que se produzcan cambios en el desempeño de la práctica, es fundamental el

cambio de formación, con el objetivo central de buscar la competencia médica, considerando siempre la inseparabilidad entre técnica y ética.

Palabras clave: Nefrología; Bioética; Formación de recursos humanos en salud; Educación médica.

Introdução

A presença de conflitos e de dilemas éticos é frequente na prática do profissional generalista. Esse fato não é diferente na prática de especialistas, como é o caso, aqui abordado, dos nefrologistas. Muitos são os exemplos do cotidiano desse profissional que devem ser destacados, pois competência técnica e ética se entrelaçam como no acesso aos transplantes, seja pela fila de espera por um órgão de doadores cadáver, seja pela disponibilidade de um órgão por doadores vivos, ou mesmo escolhas que podem aparentemente parecer simples técnicas, como a decisão pela introdução da Terapia Renal Substitutiva (TRS) ao paciente com Doença Renal Crônica (DRC), mas que está imbuída de um complexo processo de tomada de decisão que coloca frente a frente a relação médico-paciente e a compreensão do conceito de autonomia. Nesse caso, o conflito perpassa, sobretudo, a visão principialista entre a beneficência e a autonomia do paciente e, certamente, põe em xeque a visão reducionista de que o médico é o indivíduo que sabe o que é a melhor escolha para o paciente, em todos os contextos de sua vida. É importante reforçar que qualquer decisão médica, por mais simples que pareça, perpassa por um duplo aspecto: o técnico e o moral¹⁻³.

Certamente a forma como o profissional atua nesse processo de decisão tem relação com sua formação profissional. Muitas vezes, esse processo acontece focado nas doenças, em vez da saúde, em algoritmos e em consensos, em vez da troca oriunda do trabalho vivo no cotidiano do serviço, atém-se à reprodução do “*habitus*” do campo, perpetuando

comportamentos e ações apreendidas durante a formação e compartilhadas na atuação de colegas, a partir de um saber social, de um capital simbólico, aceito e validado, que internaliza saberes, relações, posturas e atitudes características. Diante disso, é de extrema importância que a formação e a atuação profissional contemplem não somente os aspectos cognitivos e psicomotores, mas que haja o desenvolvimento das habilidades relacionais com ênfase na ética/bioética, em todas as etapas de formação, desde a graduação até o fim da vida profissional de um indivíduo, incorporando saberes que se complementam através da atuação em equipe, e tendo a integralidade dos sujeitos como fio-guia da atuação e ação do cuidado³⁻⁴.

Na Nefrologia, é desejável que a assistência aconteça pela equipe mínima recomendada pela Portaria 1675/2018, do Ministério da Saúde, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo. Nesse sentido, é aconselhável que todos os profissionais ampliem seu olhar para as pessoas que precisam de cuidado, não apenas identificando-as como uma doença, órgãos ou sistemas. É preciso romper a concepção tradicional de saúde como ausência de doença e caminhar para uma visão de integração dos aspectos biopsicossociais, éticos, históricos, culturais que demandam atenção quando das escolhas terapêuticas e de sua eficácia⁴⁻⁸.

Nesse sentido, é importante questionar a mecanização do conhecimento, através do “treinamento” de técnicas e procedimentos, recorrentes na atuação do profissional de saúde, e que geram atendimentos fragmentados. Habitualmente, os profissionais perpetuam condutas de descrição de fatos, doenças, sinais e sintomas sem avaliar esse usuário como ser humano e o contexto no qual ele está inserido. Essa tendência à reprodução leva a atuações rotineiras de repetição de atitudes, muitas vezes questionáveis, pois o humano é deixado para último plano, e o importante é o diagnóstico e a técnica/tecnologia^{4-5,7,9-10}.

Dessa maneira, nesse capítulo, refletiremos sobre a inserção e o ensino da Bioética nos cursos de formação de especialistas em Nefrologia, com o intuito de ampliar as discussões

sobre a temática proposta, considerando a bioética como uma ponte possível entre doença-doença, médico-paciente, saúde individual - saúde coletiva, a fim de tornar o processo de tomada de decisão mais transversal e consensual e, portanto, mais adequado a sociedades complexas, democráticas e plurais.

A formação profissional

Para iniciar a reflexão, não podemos esquecer que, anteriormente à formação na especialidade Nefrologia, há a passagem pela graduação, que estabelece o início da construção de uma consciência profissional. A maioria das escolas de formação em saúde aposta em métodos educacionais que dão aporte à lógica tecnológica, focando na imagem e nos equipamentos, dispensando ou tornando secundário, o aprendizado das relações interpessoais. O foco é na aquisição de conhecimentos técnicos, com fundamentos teóricos e práticos. Porém, sabemos que há uma necessidade de ampliar o conjunto de saberes e de práticas que são adquiridos na formação, incorporando as humanidades e, sobretudo, a ética e a bioética¹⁰⁻¹².

Para pensar em estratégias capazes de aprimorar a formação profissional, devemos olhar primeiramente para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde. Em 2001, o Conselho Nacional de Saúde (CNE/CES), instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Tal documento aponta a articulação entre a formação de profissionais e o próprio trabalho em saúde, com o objetivo de promover egressos capazes de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A diretriz indica que os profissionais devem, ao final do curso, ter construído formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e devem trabalhar com qualidade e competência, respeitando os princípios da ética/bioética, observando que a atenção à saúde vai além do ato técnico de cuidado, sendo necessária a resolução do problema de saúde individual e coletivo¹³.

As DCN do curso de medicina, atualizadas em 2014, pela Resolução CNE/ CES 3/2014, indicam que o graduado deverá ter formação humanista, crítica, reflexiva e ética, atuando com responsabilidade social em defesa da cidadania, dignidade humana, saúde integral do ser humano e, transversalmente, em sua prática, compreender a determinação social do processo de saúde e doença¹⁴.

Nesse sentido, quando falamos de atuação em saúde, especialmente multidisciplinar, como no caso do trabalho em Nefrologia, segundo Gomes e Rego (2011), é necessária a formação de profissionais que possuam visão ampliada, não se atentando apenas às questões clínicas demonstradas por exames físicos, laboratoriais e de imagem. É importante o desenvolvimento de um senso de responsabilidade social, que permita não somente assistência, e sim, cuidado à saúde, contribuindo para que o paciente seja compreendido como sujeito único e responsável por sua existência¹⁵⁻¹⁶.

A complexidade da vida deve ser considerada para além da doença, incorporando-se à discussão a atenção integral e ampliada aos sujeitos e às coletividades. Por consequência, é preciso construir profissionais que poderão pensar suas competências de atuação em termos coletivos, interdisciplinares e em equipe. O trabalho dos diferentes profissionais, que compõem a equipe, deve ser orquestrado e alinhado, para apresentar uma relação com o usuário que direcione a forma e agir dessa. Nesse contexto, a construção do conhecimento se dá por linhas de força coletivas, especialmente, na atenção à saúde¹⁰⁻¹².

Rocha (1992) discute que a Nefrologia é uma especialidade em que, tradicionalmente, poucas escolas médicas continham disciplinas específicas para o seu ensino. Apenas após a inserção dos serviços de diálise e transplante renal nas instituições universitárias, incluiu-se a necessidade de ensino e de formação específica para o cuidado aos pacientes que necessitavam desses tratamentos, surgindo assim a formação de especialistas em Nefrologia através da realização de cursos na modalidade residência ou especialização *lato sensu* e

realização de prova de título¹⁷.

A formação nos moldes de residência foi instituída através do Decreto Nº 80.281/1977, para o curso de medicina. Constitui uma modalidade do ensino de pós-graduação, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não. Tem como padrão o treinamento em serviço realizado por profissionais especialistas na área de elevada qualificação ética e profissional¹⁸.

Em 2021, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRN) publicou a Resolução nº 32 que aprovou a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Nefrologia. Nela, é apresentado que o profissional deve ser formado para aplicar os conceitos fundamentais da ética médica. Essa recomendação é aplicável aos programas de residência médica em Nefrologia que se iniciarem a partir de 2022¹⁹.

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde (que incluem Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social – Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001), são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionadas às necessidades e às realidades de cada localidade do nosso país²⁰. No Brasil, algumas instituições de ensino e de centros de formação profissional oferecem programas de residência com enfoque em Nefrologia para enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde.

Para formação de especialistas em Nefrologia, na modalidade *lato sensu*, o projeto Universidade Aberta do SUS (UNASUS) criou a especialização multidisciplinar através da parceria entre a Universidade Federal do Maranhão com a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, com o apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), por meio do Departamento de Prevenção de Doenças Renais em 2014. O Curso foi pioneiro no país, e foram disponibilizadas 500 vagas na primeira turma para profissionais de nível superior, com atuação em serviços de

atenção especializada em Nefrologia (clínicas habilitadas, ambulatórios em Nefrologia e outros programas e serviços vinculados ao SUS) de todo o Brasil²¹. É importante considerar que essa oportunidade de formação multidisciplinar pode ser uma possibilidade para discussão através dos múltiplos olhares e práticas profissionais, favorecendo a atenção à saúde de forma ampliada e focada no sujeito-paciente, não mais considerando como ponto de partida o diagnóstico e a doença.

Há ainda a possibilidade de realização da prova de título, pela SBN para médicos e, pela Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN) para enfermeiros, para obtenção do certificado de especialista.

Para médicos, o exame é realizado anualmente junto à Associação Médica Brasileira (AMB) e pretende identificar o profissional médico com formação acadêmico-científica adequada, sendo considerado apto a exercer a especialidade o profissional com ética, responsabilidade e competência. No edital de 2022, de acordo com a deliberação do departamento de ensino e de titulação da SBN, consta como conteúdo programático a Ética Médica. Porém, nas referências bibliográficas indicadas para estudo do candidato, é apresentado “Ética e Legislação na prática Nefrológica - portarias, decretos e leis de interesse” disponíveis no portal da SBN, sem especificação a quais conteúdos são ou menção à formação ética que esse profissional recebeu. São apresentados livros, *guidelines* e materiais específicos que apresentam conteúdos sobre as doenças características da especialidade²².

A SOBEN, em 2022, disponibilizou o edital para realização da prova de títulos e, nele, é apresentado que o enfermeiro especialista em Nefrologia, na modalidade de prova, será qualificado a exercer sua especialidade em Unidades de Terapia Renal Substitutiva. Porém, no edital, não há menção à formação ética do profissional. Já nas referências bibliográficas, são apresentadas apenas conteúdos sobre as enfermidades características da especialidade, além de livros, protocolos e materiais para atuação do enfermeiro na alta complexidade²³.

Segundo as normas para credenciamento e recredenciamento de serviços de treinamento e formação profissional em Nefrologia da SBN, o serviço deve “capacitar o profissional médico no conteúdo programático teórico e prático essenciais, desenvolvendo habilidades dentro de princípios éticos e humanitários” e que é uma competência necessária o atendimento de pacientes com DRC em tratamento conservador, com fornecimento de orientações sobre a terapêutica, dietéticas e a inserção em métodos dialíticos, que serão necessários em algum momento desse seguimento. No domínio teórico-prático necessário ao profissional, a normativa apresenta a conduta ética no transplante renal, não relacionando à competência ética nas demais áreas de atuação profissional do nefrologista²⁴.

A atuação profissional na Nefrologia traz diariamente para o contexto de trabalho temas como: depressão, o risco de morte ou morbidade alta, redução da autonomia e cuidados paliativos. Em 2000, o perfil de médicos nefrologistas no Brasil foi descrito, verificando-se uma alta concentração de profissionais nas capitais e na região Sudeste, e a maioria (72,6%) com a formação a partir da residência. Em 2015, um estudo avaliou a formação de residentes médicos em Nefrologia no Peru, referindo questões da formação geral, incluindo técnicas e procedimentos específicos da área de Nefrologia. Essa formação é considerada boa para os residentes; porém, é relatado pelos autores que a área de tutoria, as atividades acadêmicas e de pesquisa são deficientes. O estudo não cita nenhum aspecto da formação referente à ética^{11,17,25-26}.

A ética no contexto da Nefrologia

Em 2020, as Sociedades Americana (ASN), Europeia (ERA-EDTA) e Internacional (ISN) de Nefrologia formaram um grupo de trabalho para discutir, em conjunto, as questões éticas na especialidade e publicaram um documento que apresenta as dez áreas de preocupação ética no cuidado renal. O documento identificou como desafios prioritários: a

equidade no acesso aos tratamentos para doença renal; a tomada de decisão compartilhada para escolha da modalidade de tratamento da doença renal crônica; a necessidade de tornar prioridade a prevenção da doença renal, especialmente na atenção primária à saúde; a não realização de diálise ‘fútil’, quando identificado que essa não está trazendo benefícios ao paciente; a importância de reduzir os custos com a diálise, tornando o tratamento acessível a todos, sem comprometimento da qualidade; a prevenção do tráfico de órgãos, já que esses são comercializados em alguns países; a avaliação do risco para a tomada de decisão no transplante com doador vivo; as implicações éticas das doenças renais genéticas; o *advocacy* pela saúde renal; e a gestão dos conflitos de interesse na Nefrologia²⁷.

Todas as informações apresentadas pelo grupo tiveram como objetivo promover e facilitar a discussão com os profissionais que ofertam cuidado à saúde renal. Não foram incluídas informações para pacientes, familiares e gestores, mesmo sabendo que esses são essenciais no processo. É reforçado que a disseminação de informações e de valores éticos poderá orientar os profissionais, favorecer a prática clínica e a estruturação de políticas que poderão atingir um maior número de pessoas. Para alcançar tais objetivos, é sabidamente imprescindível que os profissionais da área desenvolvam competências bioéticas e morais que possibilitem a reflexão e a ação, considerando que é na prática cotidiana do trabalho que a ética se faz presente. A fim de fomentar esse perfil de profissional, torna-se imprescindível que, durante a formação e após ela, durante a atuação profissional, haja a possibilidade de espaços de debate e de formulação de condutas que ultrapassem a prescrita em códigos e em regras. Ir além, semeando a emergência de uma consciência crítica, descortinando os conflitos existentes na sua atuação é o passo a ser dado nesse caminho em busca da formação de um profissional competente em termos éticos^{10-11,27}.

Para que essa construção seja efetiva, a Bioética deve ser inserida como tema transversal ao longo dos currículos de graduação e de pós-graduação. As competências éticas

e bioéticas precisam ser avaliadas e compreendidas para além da utilização da técnica. Existe uma necessidade de repensar a formação de sujeitos que serão capazes de atuar de forma autônoma e se posicionar criticamente sobre a dominação imposta socialmente dos profissionais sobre usuários, como possuidores do saber, possibilitando o empoderamento do usuário e a compreensão de sua autonomia. Através das estratégias de ensino da humanização e sua política específica, podemos garantir acesso de todos os usuários às informações sobre sua saúde, respeitando o direito de partilhar essas informações com pessoas de sua rede social. Durante a formação, é imprescindível essa discussão para provocar a reflexão sobre as próprias práticas²⁸⁻³⁰.

Talvez, o primeiro passo em direção à abertura para a discussão seja o ensino da humanização na atenção em saúde. Ao falar em humanização, considera-se a capacidade profissional de valorizar o usuário e suas demandas. Nesse sentido, uma das implicações da política é a formação de profissionais através da articulação com os serviços e práticas de saúde, como acontece na formação de muitos especialistas. É necessário estimular o desejo de cuidar que os profissionais da saúde possuem. Assim, quando a relação entre o profissional e o paciente é satisfatória, o cuidar passará a não ser representado apenas pelo processo saúde-doença, mas pelo respeito e pela valorização da pessoa humana. O paciente é compreendido em sua singularidade, como um sujeito capaz de exercer seu direito à saúde e, como consequência, terá o direito à cidadania^{28,31}.

Para alcançar uma formação com olhar humanizado, precisamos discutir o próprio efeito limitador do tradicional modelo biomédico. É necessário estimular o olhar para sentimentos como o sofrimento, as questões sociais e as psicológicas que vão além da doença e fazem parte do processo de cuidado e da relação paciente/profissional. Ao prestar assistência com humanização, é possível implementar princípios norteadores do SUS como a integralidade e a universalidade³².

Nessa situação, é necessário constantemente realizar discussões a respeito do processo de formação, que vem sendo realizado, a partir de uma construção voltada para a oferta de conteúdo sem questionar contextos. A mudança de perfil profissional está diretamente relacionada à apresentação de mudanças históricas, políticas, sociais, organizacionais e culturais, a que esse processo de formação está inserido. O estímulo à reflexão e ao conhecimento de correntes e teorias do campo da Bioética podem auxiliar na mudança do perfil do egresso e favorecer o alinhamento da competência técnica à ética^{4-5,15-16,32}.

A fim de construir transformações no profissional, é imprescindível, contudo, não necessariamente suficiente, implementarmos mudanças nas estruturas curriculares em voga na atualidade. Quando olhamos a necessidade da formação bioética, especificamente no trabalho realizado conforme as regulamentações do SUS e a humanização, na Nefrologia, é importante ressaltar que há muitos pontos que necessitam de discussão: a escolha da Terapia Renal Substitutiva, a impossibilidade de cura da doença; a necessidade de descontinuidade de tratamento, quando esse não oferece mais qualidade de vida; as repercussões de um tratamento que mudará a rotina e a estrutura de toda uma família; a alta demanda pelo uso de tecnologias; dentre inúmeros outros pontos que os profissionais atuantes na área se deparam na rotina de trabalho^{11,15,27}.

Dessa forma, considerando que a formação em bioética de profissionais de saúde no Brasil comumente ocorre através do ensino da ética médica hipocrática; ou então das correntes principialistas que norteiam nossos códigos profissionais³³⁻³⁴. É compreensível que constantemente o ensino seja pautado nos princípios da beneficência e não maleficência, considerando as necessidades de substituição ou reestabelecimento da função renal, uma vez que essa causará diversos problemas para manutenção vital do indivíduo. Porém, a justiça e a autonomia devem ser igualmente pensadas e trabalhadas considerando que o acesso a esse cuidado deve ser disponibilizado a todos e que as pessoas devem ser protagonistas no

processo de tomada de decisão, sendo essa sempre compartilhada e direcionada para o que melhor se adequa às necessidades de cada ser.

Ferraz e Rodrigues (2022) apresentam a análise bioética do Código de Conduta do profissional nefrologista, criado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) em 2020, e há influência do princípalismo na sua elaboração através da verificação de todos os princípios aos longos dos capítulos, porém de forma assimétrica, sendo predominante a beneficência. Os autores reforçam que a criação dele é um avanço, mas “não atende a todos os dilemas éticos e morais” que são comumente vivenciados na atuação desse profissional. Reforçamos que é recomendável que os códigos que direcionam condutas sejam compreendidos como um direcionamento para ações dos profissionais, e não como um documento que direcione punições a esses por suas ações^{33,35}.

Portanto, diante da necessidade de abordagem de temas, que são inerentemente conflitos bioéticos, como possibilidade à facilitação de uma formação mais integral, tendo por base aprendizagem significativa, pode-se optar por trabalhar com métodos de ensino-aprendizagem que sejam interativos e que centrem o processo de construção do conhecimento no aprendiz, nesse caso, o profissional que está em formação na graduação ou o especializando em Nefrologia. Cabe aqui reforçar que as metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem ser combinadas como estratégias em busca de uma educação mais dialógica e que permita ou predisponha a atuação em grupo, ao debate, que pode mobilizar a integração teoria-prática. Em consonância, podem ser diversificadas de forma a possibilitar a abordagem dos conhecimentos necessários na construção das habilidades atitudinais, em um exercício de utilização de métodos diferentes e complementares como a aprendizagem baseada em problemas, a problematização, o uso de filmes, as simulações e a dramatização. É interessante pensar que, ao ensinar ética e bioética, para uma correta compreensão de seus princípios, é importante não apenas estudar e apresentar conteúdos, mas também praticar, pois

assim é possível promover um pensamento crítico e reflexivo que perpassa a teoria e seja passível de representar o vivido no cotidiano^{3,7,36}.

Conforme apontado, é importante que essa formação aconteça desde a graduação e em todas as especialidades, pois a atuação de outros profissionais, como é o caso da Terapia Intensiva na doação de órgãos, irá interferir diretamente na assistência ao paciente acompanhado pelo nefrologista, por exemplo. Esses, ao realizar a entrevista familiar para uma possível doação, utilizarão princípios como a autonomia, para verificar se a pessoa demonstrava o desejo de fazê-lo em vida e a beneficência ao pensar nos receptores, ou seja, todas as pessoas que terão sua qualidade de vida melhorada com essa ação³.

Assim, reforçamos que os conteúdos trabalhados durante a formação não devem abordar apenas as questões clínicas, pois a evolução de doenças acontece de maneira diferente entre as pessoas e, portanto, o profissional terá que possuir estratégias de relacionamento e tratamento, identificando os pontos que o usuário necessita de cuidado para além do físico, incorporando no processo de tomada de decisão os aspectos do contexto histórico e social dos pacientes, o psíquico e sua inserção na família e comunidade. Porém, reforçamos que as evidências publicadas e ensinadas também são um norte muito importante para orientação das condutas profissionais, pois as principais diretrizes usadas como guia também direcionam o manejo mais adequado do ponto de vista ético. É necessário definir quais as habilidades/competências (baseadas no paciente e na população) são essenciais a todo nefrologista e, assim, favorecer o interesse pela formação na área^{15,30,32,37-39}.

Como pista, podemos verificar que os próprios usuários definem um bom nefrologista como aquele que tem conhecimento, é confiável, comunica-se bem, tem bom relacionamento interpessoal com o paciente, tem empatia e reconhece seus pacientes como indivíduos. Vê-se sem véus que esse profissional é aquele que alia a competência técnica à ética e que, diante de seu compromisso profissional, atua na integração de saberes e no trabalho em equipe em

diálogo com seu paciente. Mais uma vez, ratifica-se a necessidade de estabelecer na formação do especialista em Nefrologia uma matriz de competências éticas/bioéticas a serem construídas durante a formação que se constituam em habilidades a serem quotidianamente utilizadas no trabalho vivo, na relação diária com os pacientes e suas demandas de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Considerações finais

A Bioética é um campo interdisciplinar que se propõe a debater e contribuir para as diversas situações que envolvem os seres humanos, podendo funcionar como uma ponte entre as ciências biológicas e sociais na integração de saberes que permitam associar as competências técnicas às éticas. No caso da Nefrologia, inúmeras são as situações nas quais conflitos éticos emergem diariamente e trazem o desafio de respostas adequadas diante de processos complexos de tomada de decisão.

Assim, cabe reforçar o tempo da formação dos especialistas em Nefrologia como local e momento ímpar a instituir debates e abordagens outras, que tragam a construção de habilidades de cunho ético-profissional, que ultrapassem a leitura e a obediência acrítica a artigos dos códigos de ética das diversas profissões, incapazes de suportarem a complexa teia do cuidado em saúde.

Tornar a formação do especialista em Nefrologia uma aliada da atenção à saúde humanizada e o cuidado integral aos pacientes com doenças renais o objetivo franco a ser alcançado neste período são questões desafiadoras. Apostar que podemos debater e avançar nesta busca é o papel crucial que buscamos desempenhar com esse trabalho.

Referencias

1. Muñoz DR, Fortes PAC. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.

2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
3. Gonzalez SL, Tello VG. Docencia de la Medicina Intensiva. Aspectos bioéticos. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020. 48; p.149-62. . [acesso em 2022 Out 05]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100011&lng=es&nrm=iso
4. Gomes AP, Rego S. Pierre Bourdieu and medical education. Rev Bras Edu Med. 2013. 37;2, p. 260-265.
5. Pontes AC, Rego S, Silva Junior AG. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. Rev Bras Ed Med. 2006. 30;2, p. 66-75.
6. Cicourel AV. As manifestações institucionais e cotidianas do habitus. Tempo Social, rev soc USP [Internet]. 2007. 19;1. p. 169-188. [acesso em 2021 Set 17]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/tSBYjHyk88sDRPVJxtbxwWf/?format=pdf&lang=pt>
7. Gomes AP, Siqueira-Batista R, Rego S. Epistemological anarchism of Paul Karl Feysabend and medical education. Rev Bras Edu Med [Internet]. 2013. 37;1, p. 39-45. [acesso em 2022 Set 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100006>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. 2018. [acesso em 2021 Jul 14]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736
9. Martins MIC. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. Trab Edu e Sal [Internet]. 2004. 2;2, p. 287-310. [acesso em 2021 Jul 19]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200005>
10. Thakar CV. Future of Nephrology Workforce: Reimagining Educational Value. Adv Chronic Kidney Dis. 2020 Jul;27(4):277-278.
11. Obregón JMV, Anjos MF. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. J Bras Nefrol. [Internet]. 2018. 40;4, p. 403-409.

12. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FOL; Cotta RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013. 18; 1, pp. 159-170. [acesso em 2021 Jul 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>
13. Parecer CNE/CES nº: 1.133/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Brasília, DF. 2001. [acesso em 2021 Jul 18]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
14. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF. 2014.
15. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Edu Med*. [Internet]. 2011. 35;4, p. 557-566. [acesso em 2021 Jul 17]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>
16. Lane C, Brown M. Alignment of nephrology training with workforce, patient, and educational needs: an evidence based proposal. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011 Nov; 6(11):2681-7.
17. Rocha H. *Brasil - NEFROLOGIA*. Revista Nefrologia. 1992. Vol. XII; Supl 3. <https://www.revistaNefrologia.com/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0211699592046824>
18. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF. 1977.
19. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 32, de 8 de julho de 2021: Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Nefrologia [Internet]. Brasília, DF. 2021. [acesso em 2022 Jun 18]. Disponível em: Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=195801-resolucao-cnrm-n-32-de-8-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-n-32-de-8-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional&category_slug=2020&Itemid=30192
20. Parecer CNE/CES nº: 1.133/2001 - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição [Internet]. Brasília, DF. 2001. [acesso em 2021 Jul 18]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
21. Oliveira AEF, Baesse DCL, Salgado CL, Machado PMA, Palhano RB, Leite MMM, Org. Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar: Guia do aluno UNA-SUS. 2014. São Luís, MA.

22. Título de Especialista em Nefrologia - Edital 2022. São Paulo, SP. [Internet]. 2022. [acesso em 2022 Set 27]. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/2022_noticias/Edital_da_Prova_de_Titulo_de_Especialista_em_Nefrologia_2022.pdf
23. Título de Especialista Enfermagem em Nefrologia - 2022. São Paulo, SP. [Internet]. 2022. [acesso em 2022 Set 27]. Disponível em: <https://soben.org.br/wp-content/uploads/2022/07/edital-de-concurso-para-titulo-SOBEN-2022.pdf>
24. Normas para credenciamento e credenciamento de Serviços de treinamento em Nefrologia. São Paulo, SP. [Internet]. 2018. [acesso em 2021 Abr 18]. Disponível em: https://arquivos.sbn.org.br/pdf/informacoes_uteis/Normas_Credenciamento.pdf
25. Machado MH, Pinto LF, Castro A, Cenzi J. Perfil dos nefrologistas no Brasil . J Bras Nefrol. [Internet]. 2000. 22,3, p. 10-16. [acesso em 2021 Abr 19]. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/24_perfil%20dos%20nefrologistas.pdf
26. Herrera-Anazco P, Bonilla-Vargas L, Hernandez AV, Silveira-Chau M. Percepção dos médicos sobre a formação adquirida durante a especialização em Nefrologia no Peru. J Bras Nefrol. [Internet]. 2015. 37;3, p. 333-340. [acesso em 2021 Abr 19]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300333&lng=en&nrm=iso>
27. Martin DE, Harris DCH, Jha V, Segantini L, Demme RA, Le TH, et al; ASN-ERA-EDTA-ISN Joint Working Group on Ethical Issues in Nephrology. Ethical challenges in nephrology: a call for action. Nat Rev Nephrol. [Internet]. 2020. Oct;16(10):603-613. [acesso em 2022 Jun 30]. DOI: 10.1038/s41581-020-0295-4.
28. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2004.
29. Rego S, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. Rev Bras Edu Med. [Internet]. 2008. 32; 4, p. 482-491. [acesso em 2021 Set 17]. Disponível em: DOI: 10.1590/S0100-55022008000400011
30. Sanchez THB, Fraiz IC. Ética médica e formação do médico. Revista Bioética [Internet]. 2022. 30;2, p. 284-299. [acesso 29 Set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302525PT>
31. Brum AN, Leite SGT. Humanização do cuidado: o desvelar da relação médico-paciente. Âmbito Jurídico [Internet]. 2014. 130. [acesso em 2021 Jul 17]. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-130/humanizacao-do-cuidado-o-desvelar-da-relacao-medico-paciente/>

32. Okel J, Okpechi IG, Qarni B, Olanrewaju T, Courtney MJ, Luyckx V, et al. Nephrology training curriculum and implications for optimal kidney care in the developing world. *Clin Nephrol.* 2016 1;86(13):110-113.
33. D'Avila RL. Producing a moral code for medicine: advances and challenges in medical training. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2010. 10;2. [acesso em 2022 Jul 17]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600019>
34. Moura ACA, Mariano LÁ, Gottens LBD, Bolognani CV, Fernandes SES, Bittencourt RJ. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica* [internet]. 2020. 44;03 [acesso 5 Out 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189>
35. Ferraz FHRP, Rodrigues CIS. The Brazilian Society of Nephrology Code of Conduct: a bioethical analysis. *Brazilian Journal of Nephrology* [internet]. 2022. 44;2, p. 244-48. [acesso 29 Set 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0061>
36. Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(1): 105-111.
37. Berns JS, Ellison DH, Linas SL, Rosner MH. Training the next generation's nephrology workforce. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014. 9(9):1639-1644.
38. Antonello ICF, Figueiredo CEP, D'avila DO. Educação em Nefrologia: o processo ensino-aprendizagem na graduação da escola médica. In: *Atualidades em Nefrologia* 13. SARVIER. São Paulo, 2014. p.73-77.
39. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. *Bioética para profissionais da saúde.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020. ISBN: 978-85-7541-390-6.

ARTIGO 3

UNIDADES ESPECIALIZADAS EM DOENÇA RENAL CRÔNICA DO RIO DE JANEIRO
– UM RETRATO DOS SERVIÇOS FORMADORES DE NEFROLOGISTAS

Ainda será submetido

Unidades especializadas em Doença Renal Crônica do Rio de Janeiro – um retrato dos serviços formadores de nefrologistas**Units specialized in Chronic Kidney Disease in Rio de Janeiro – a portrait of nephrologist training services****Unidades especializadas en Enfermedad Renal Crónica en Rio de Janeiro – un retrato de los servicios de formación de nefrólogos****Resumo:**

As unidades especializadas em Doença Renal Crônica são de extrema importância, uma vez que são capazes de evitar que pessoas com lesão renal cheguem precocemente à realização de Terapia Renal Substitutiva. Este trabalho tem como objetivo descrever a estruturação de serviços e relacionar os achados com eventuais questões éticas que podem influenciar a assistência ofertada. Trata-se de um estudo transversal descritivo que apresenta a estruturação de 4 serviços de formação de especialistas em Nefrologia, localizados no Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas com os coordenadores médicos de serviço, entre março e agosto de 2022, que descreveram brevemente a dinâmica de acompanhamento de pacientes, quais profissionais compõem a equipe, dias da semana que ocorrem atendimentos, número de atendimentos por ambulatório e se há entrada de novos usuários através do sistema de regulação. Os dados estão apresentados através de estatística descritiva simples. Foram também realizadas entrevistas com 63 profissionais atuantes nos ambulatórios e, desses, emergiram falas que também mostram a organização do serviço, sendo essas analisadas pela técnica de Bardin. Identificamos uma desproporção no número de profissionais, sendo a maioria médicos, e nenhum dos serviços possui equipe completa conforme recomendado pelas legislações. Conseguimos apontar algumas fragilidades que observamos na prática durante a oferta de assistência, sendo essa uma realidade comum e frequente aos serviços. É urgente e necessário que o incentivo a essa oferta de atendimento seja revista pelo SUS, que o financiamento seja melhorado e, principalmente, que a equipe multiprofissional seja valorizada e vislumbrada como necessária.

Palavras-Chave: Nefrologia. Insuficiência Renal Crônica. Formação Profissional em Saúde.

Introdução

As doenças que acometem os rins podem ser de diversas naturezas. Tanto a perda da

função pode acontecer por um problema próprio do órgão como fazer parte de doenças sistêmicas, que tem o rim como alvo, e a insuficiência renal como consequência. Tais enfermidades podem ser classicamente divididas ou classificadas em agudas e crônicas (DAUGIRDAS; PETER; TODD, 2016).

Tratando-se da doença crônica, a definição do acometimento renal proposta pelas diretrizes do *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI, 2002) e referendada pelo *Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease* (KDIGO, 2013), considera alterações na estrutura, como a presença de albuminúria e/ou hematuria, e alterações na função do rim, quando efetivamente se tem a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) por um período mínimo de 3 meses.

Durante todo o percurso da doença, é importante controlar pressão arterial, níveis glicêmicos, eletrólitos, anemia, assim como as alterações minerais e ósseas, além de todas as outras que possam estar relacionadas ao curso da Doença Renal Crônica (DRC), como dislipidemia, hiperpotassemia e a hiperuricemia, além de acompanhar a evolução das complicações. Deve-se estar atento e evitar o uso de medicamentos nefrotóxicos, em especial os anti-inflamatórios não hormonais (AINEs), que podem levar a piora da lesão renal. É imperioso que seja mantido o acompanhamento laboratorial e de imagem atualizados conforme recomendações da diretriz para cuidado da doença no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014a).

Esse controle, denominado tratamento conservador da DRC, é capaz de prevenir uma evolução rápida e inesperada, e também, a ocorrência de um possível quadro de lesão renal aguda, que pode ser prejudicial ao usuário, pois pessoas com DRC têm maior predisposição para desenvolvimento de quadros agudos que aceleram a progressão da doença e, assim, possivelmente poderão necessitar de uma substituição precoce da função renal através de tratamento dialítico que, por vezes, assim que instituído pode ser irreversível, ou seja, o paciente precisará desse tratamento por toda sua vida (RIELLA, 2018).

Segundo as recomendações e as legislações, os ambulatórios de tratamento conservador da DRC devem acontecer rotineiramente e contar com pacientes em acompanhamento regular, além de incluir novos usuários, que identificados pela atenção primária à saúde (APS), devem ser encaminhados para atendimento através do serviço de sistema de regulação municipal. Esses usuários devem realizar acompanhamento com equipe multiprofissional, conforme a recomendação e as necessidades individuais. Os critérios para atendimento em ambulatório de tratamento conservador, segundo a diretriz clínica são: DRC

nos estágios 3B, 4 ou 5; glomerulopatia; presença de lesão renal ao exame de imagem ou por marcadores de proteinúria e hematúria (BRASIL, 2014a).

De acordo com a Portaria 1.675/2018, em seu Artigo 77, a unidade especializada em DRC nos estágios 3B, 4 e 5, serviço esse responsável por oferecer atenção ao paciente em tratamento conservador, deverá ter acompanhamento com equipe especializada composta por minimamente: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, e deverá ser de natureza pública ou filantrópica (BRASIL, 2018).

A dificuldade de acesso a vagas para tratamento ou indisponibilidade desses serviços pode acarretar diretamente na progressão da doença nas pessoas acometidas e, conseqüentemente, aumentar o número de pessoas que necessitam de Terapia de Substituição Renal (TRS). Esse fato acarreta diretamente ofensa ao princípio da equidade e à justiça distributiva, uma vez que não podemos garantir que a assistência é justa e igualitária à população, de acordo com a necessidade de maior ou menor acesso ou de maior ou menor complexidade de cuidados (BASTOS; TIRAPANI; FERNANDES, 2019; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Assim, este trabalho tem como objetivo descrever a estruturação dos serviços especializados em DRC, responsáveis pela formação de profissionais especialistas em Nefrologia, localizados no Rio de Janeiro e relacionar os achados com eventuais questões éticas que podem influenciar a assistência ofertada.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, que apresenta a estruturação dos ambulatórios de tratamento conservador de quatro instituições credenciadas junto ao Ministério da Educação para a formação de especialistas em Nefrologia, localizados no Rio de Janeiro. A participação dos centros foi efetivada após aceite dos coordenadores dos serviços e assinatura do termo de anuência institucional.

Foram realizadas entrevistas para a caracterização dos ambulatórios com os coordenadores médicos de serviço, no período de março a agosto de 2022. Eles descreveram brevemente a dinâmica de acompanhamento de pacientes, quais profissionais compõem a equipe, dias da semana em que ocorrem os atendimentos, o número de pacientes atendidos por ambulatório e se há entrada de novos usuários através do sistema de regulação. Os dados estão apresentados através de estatística descritiva simples. Além disso, foram realizadas entrevistas com 63 profissionais atuantes nos ambulatórios dessas instituições e, deles, emergiram falas que também mostram a organização do serviço, tendo essas os conteúdos

analisados através da técnica de Bardin (BARDIN, 2016).

A pesquisa foi realizada respeitando a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). O trabalho faz parte dos dados de uma tese de doutorado intitulada “Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das 4 instituições coparticipantes, possuindo os seguintes CAAE: 54898422.1.0000.5240; 54898422.1.3004.5259; 54898422.1.3002.5257; 54898422.1.3001.5253; e 54898422.1.3003.5258.

Resultados

Os quatro serviços são de natureza pública. Três são pertencentes à rede federal e um à rede estadual; três são hospitais universitários. Todos são hospitais de grande porte, classificados como unidade terciária e prestam assistência nos níveis mais complexos de atenção à saúde, realizando atividades de ensino, de extensão e de pesquisa, além de ter como foco a formação de especialistas. Os serviços têm como principal característica a oferta de ações em saúde voltadas ao SUS atreladas à formação de profissionais para atuar conforme as necessidades de saúde da população brasileira.

Esses serviços compõem a referência de encaminhamento de pacientes pela APS através do sistema de regulação de atendimento em Nefrologia no estado do Rio de Janeiro, e todos recebem novos pacientes semanalmente, conforme exemplificamos pela fala de um dos profissionais inseridos na equipe: *“a gente que recebe pacientes, geralmente com, do SISREG ou de outros ambulatórios, já com uma taxa de filtração, já em um estágio 4 da doença renal”* (E60). Houve também a descrição de que, pelas características dos serviços, são realizados atendimentos, não só à população do município em que esses estão localizados geograficamente, mas também, aos demais municípios do estado, especialmente da região metropolitana.

Todos os centros oferecem a formação de médicos na especialidade Nefrologia e são realizadas capacitações de profissionais para atendimento em tratamento conservador, hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal. Em um dos centros, há formação de enfermeiros e nutricionistas na especialidade de Nefrologia. Nos demais, há formação de profissionais na modalidade de residência multiprofissional, sendo que alguns desses profissionais têm a possibilidade de passar pelo ambulatório de tratamento conservador, como um dos campos de formação e possibilidade de aprendizado. A Tabela 1, abaixo, apresenta a composição das equipes nos serviços.

Tabela 1: Composição das equipes e serviços de atendimento ao Tratamento Conservador da DRC.

Serviços / Instituições		A	B	C	D
P r o f i s s i o n a r i s	Médico	5 (55,6%)	20 (71,4%)	5 (50%)	16 (88,8%)
	Enfermeiro	2 (22,2%)	3 (10,7%)	1 (10%)	1 (5,6%)
	Nutricionista	1 (11,1%)	5 (17,9%)		1 (5,6%)
	Psicólogo			2 (20%)	
	Assistente Social	1(11,1%)		2 (20%)	
	Total de Profissionais	9 (100%)	28 (100%)	10 (100%)	18 (100%)
Número de ambulatórios		4	2	5	10
Total de atendimentos por semana		32	60	100	80
Número de pacientes novos (via sistema de regulação) por semana		9	4	15	4

Fonte: Autoria própria.

Foram questionados quais os profissionais participam das equipes. Nenhum dos serviços possuía equipe completa, conforme recomendações da Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018, no momento da coleta de dados da pesquisa (BRASIL, 2018). Isso foi relatado pelos coordenadores de serviço ser devido a diversos problemas, tais como: perdas de profissionais durante a pandemia de COVID-19, que foram direcionados para atendimento a outras necessidades institucionais e ainda não haviam retornado ao serviço; indisponibilidade de profissionais exclusivos para o ambulatório, sendo a oferta a todo o serviço de Nefrologia ou a toda a instituição; indisponibilidade de espaço físico (salas para atendimento) para todos os profissionais; e falta de interesse de alguns profissionais ou equipes, pois houve o relato de que os pacientes “fogem” do atendimento da equipe multiprofissional, exceto médico.

A composição das equipes e a estruturação do serviço também apareceu como uma categoria importante nas entrevistas aos profissionais atuantes nos ambulatórios, sendo ressaltada a falta de alguns profissionais. Essa pode ser representada pelas falas a seguir:

E1 - *“é a enfermagem, ela não se inseriu desde o início... Mas a nutrição e a equipe médica já tá há muito mais tempo nesse processo”*

E20 - *“Eu achava importante pra caramba a psicologia”*

E25 - *“e aí, logo eu consegui uma nutricionista” ...“então nutricionista aqui que fazia muito*

a diálise e a hemodiálise, então eu trouxe ela pro ambulatório, e ela vem seguindo esses anos todos comigo no ambulatório”

E34 – *“não existia um trabalho na Nefrologia do serviço social, pelo número reduzido de profissionais”*

Em todos os serviços, o agendamento dos pacientes ocorre através da disponibilização da agenda médica. Os demais profissionais recebem encaminhamentos destes ou criam uma agenda própria e direcionam pacientes que apresentam demandas para retorno, conforme necessidade. Em dois serviços, não há ambulatório específico de tratamento conservador da DRC, mas há ambulatório de Nefrologia e, neles, há o atendimento de pacientes com comprometimento da função renal por causas diversas, incluindo-se as glomerulopatias e doenças autoimunes.

Houve ainda uma valorização do serviço ofertado e o trabalho realizado pela equipe, demonstrado por algumas falas quando realizadas as entrevistas com a equipe assistente, retratadas a seguir:

E1 – *“Então, aqui a gente é, tem um acompanhamento assim, é um trabalho muito bonito que é feito aqui”*

E5 – *“Também, eu trabalho com uma equipe de primeira”*

E16 – *“e tinha uma equipe muito boa”*

E25 – *“e aí a gente tá querendo ver os ambulatórios porque a gente pode ter um pouco mais, então o ambulatório cresceu muito”*

E32 – *“e os nossos pacientes, eles são assim, comparados com os outros pacientes da rede, eles são muito melhor acompanhados”*

Discussão

Considerando que a DRC é uma doença que acomete anualmente cada vez um número maior de indivíduos, perceber como se dá a assistência no tratamento conservador é primordial. Estima-se que haja no mundo 850 milhões de pessoas com a doença e, no Brasil, 10 milhões, sendo essa responsável por cerca de 2,4 milhões de mortes anualmente (BRASIL, 2022). É sabido também que o número de doentes renais crônicos dependentes de TRS é crescente no Brasil, sendo estimado um aumento de 2,5% no último ano, representado por 47.886 novos pacientes em diálise (SBN, 2022).

É importante que sejam trabalhadas estratégias para reduzir esse número crescente de pessoas em diálise e, nesse sentido, pensar na equidade de acesso ao tratamento conservador é primordial para que seja possível controlar agravos e tratar os fatores que aceleram a

progressão da doença. Estratégias como uma dieta equilibrada, o uso correto das medicações, mantendo controle pressórico e glicêmico e orientações adequadas são primordiais para evitar a progressão da doença e complicações associadas (BRASIL, 2014a; BASTOS; TIRAPANI; FERNANDES, 2019). Em contrapartida, como podemos trabalhar garantindo a equidade de acesso a esse tipo de assistência e estratégia se não temos disponibilidade de profissionais que compõem a equipe multiprofissional, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais em todas as equipes? Sabemos que o papel da equipe se dá exatamente na atuação específica de pontos necessários a esses indivíduos e que são competências dos diferentes profissionais que prestam assistência, conforme as recomendações (BRASIL, 2014a). Ressaltamos que, proporcionalmente, o número de médicos disponíveis para atendimento é muito maior, quando ao comparado à disponibilidade de outros membros da equipe.

Nesse sentido, é importante frisar que os indivíduos que recebem assistência nesses serviços, considerados como referência, podem estar prejudicados quanto à atenção multiprofissional, e que eles podem apresentar complicações que poderiam ser evitadas. Trazer esse ponto não tem a pretensão de desfavorecer todo o trabalho que é realizado pela equipe médica e que, sem dúvida alguma, é de excelência; mas apenas reforçar que a falta dos demais profissionais gera dificuldades na assistência, e isso pode acarretar em um acúmulo de atividades em um único profissional que dificulta o exercício da autonomia médica, uma vez que esse precisará intervir em pontos que não são de sua competência legal e profissional (OBREGÓN, ANJOS; 2018).

Ainda nesse sentido, a autonomia dos demais profissionais, quando presentes na equipe, também está prejudicada pela inexistência de uma agenda específica. Isso poderá favorecer a perda de seguimento e atenção adequada, uma vez que esses dependem de outro profissional para o encaminhamento. É importante reforçar que o usuário do serviço de saúde precisa compreender a importância de todos os profissionais e se empoderar do quanto às ações, tratamentos e prescrições direcionadas por esses são importantes para o controle da doença e manutenção deste por um tempo maior fora da TRS, propiciando uma melhor qualidade de vida.

Porém, os pontos anteriores são comuns quando verificamos a realidade do SUS, já que temos um número extremamente reduzido desses profissionais em unidades ambulatoriais, quando comparado ao número de médicos disponíveis para atendimento (TESSER; POLI, 2017). Nesse sentido, reforçamos a lógica da saúde centrada na figura do

médico com estratégias de tratamento e medicalização da população, sendo colocada em segundo plano, a ideia de promoção da saúde e prevenção de agravos. Não podemos esquecer nunca que a promoção e prevenção são os pilares do sistema de saúde brasileiro.

A indisponibilidade de espaço físico / salas para atendimento é outro grande problema que sabemos ser recorrente nas práticas de saúde. Não há como ter os profissionais disponíveis, e eles não terem como realizar cuidado por não terem um local disponível para fazê-lo. As demandas do sistema de saúde são enormes e, por vezes, é disponibilizado o pouco espaço físico para atendimento de outras especialidades que também necessitam suprir suas agendas e ofertar a assistência de que a população necessita.

Vale destacar que há uma estimativa de que os gastos com a TRS, ou seja, com a falência renal, consomem cerca de 5% dos orçamentos dos sistemas de saúde (KDIGO, 2013); isso sem considerar a carga advinda da Previdência Social, pois esse usuário comumente não conseguirá mais participar ativamente do mercado de trabalho, necessitando de suporte, que culminará em consequências socioeconômicas diversas. Pensando nesse ponto, os autores Oliveira, Oliveira e Silva Junior (2019) reforçam: “Prevenir ou retardar a progressão da DRC para os estágios finais e, conseqüentemente, evitar a necessidade de diálise representam uma enorme economia para o SUS”.

Quando observamos o número de vagas que são disponibilizadas semanalmente em cada serviço, percebemos que é pequeno para que novos usuários possam acessar esses serviços (são 32 vagas – o que representa 11,76% dentre as 272 vagas disponibilizadas semanalmente por todos os serviços). Considerando que o número de pessoas com acometimento renal cresce anualmente e que a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as principais causas dela, é imperioso que o sistema de saúde verifique a disponibilidade e repense a necessidade de criação de serviços para assistência a essa população, uma vez que o número reduzido leva a filas de espera por atendimento, demora em iniciar a assistência e, conseqüentemente, a evolução da lesão renal, que poderia ter sido controlada em fases iniciais, retardando a ida de muitos usuários para TRS, especialmente em situação de urgência.

Ressaltamos que, em 2 dos serviços, no momento da pesquisa, não estava ocorrendo a formação de residentes médicos na especialidade Nefrologia devido a problemas institucionais, o que acarreta em uma grande perda para a especialidade, pois leva a menor disponibilidade de vagas e oferta de assistência.

Esse trabalho possibilita uma visão geral da disponibilidade de vagas e o funcionamento dos serviços de tratamento conservador da DRC no Rio de Janeiro, uma área da Nefro-

logia de grande importância no cuidado à saúde renal e controle de agravos. Porém, apresenta algumas limitações como não mostrar uma visão de todos os serviços que são realizados no município, sendo apenas o retrato dos centros de referência na formação de profissionais na especialidade.

Conclusão:

Conseguimos, com esse trabalho, apontar algumas fragilidades que observamos na prática durante a oferta de assistência em tratamento conservador da DRC. Ao visitar quatro serviços distintos, podemos observar que essa é uma realidade comum e frequente aos serviços. Não podemos afirmar que essa reflete a todos os serviços que são disponibilizados, pois é sabido que existem realidades diferentes e, em muitos locais, a disponibilidade de atendimento multiprofissional é paritária, como é o caso do relato de experiência exitosa dos Centros Hipertensão Minas, atualmente denominado Centros Estaduais de Atenção Especializada em Minas Gerais (BASTOS; TIRAPANI; FERNANDES, 2019).

Apesar das políticas de incentivo ao tratamento da DRC serem de 2014 (BRASIL, 2014a, BRASIL, 2014b) e estarem prestes a completar seus 10 anos, muitas fragilidades e dificuldades ainda são apresentadas pelos serviços. É urgente e necessário que o incentivo a essa oferta de atendimento seja revista pelo SUS, que o financiamento seja melhorado e, principalmente, que a equipe multiprofissional seja valorizada e vislumbrada como necessária. Só, assim, poderemos manter os pacientes renais crônicos sem diálise por mais tempo e, consequentemente, com uma qualidade de vida melhor.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, L. A. R. A. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.

BASTOS, M.G.; TIRAPANI, L.S.; FERNANDES, N.M.S. O encaminhamento tardio ao nefrologista, seu impacto no prognóstico e o comprometimento da eficiência no tratamento conservador. *In: SILVA JÚNIOR, G.B.; et al. A nefrologia e o sistema de saúde do Brasil*. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019. p. 109-123.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, jun 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736 Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12/03: Dia Mundial do Rim**. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/12-3-dia-mundial-do-rim/> Acesso em: 05 nov. 2022.

DAUGIRDAS, J. T. B.; PETER, G. I.; TODD, S. **Manual de diálise**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688p.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). CKD Work Group. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease - KDIGO 2012. **Kidney International** (Suppl), v. 3, p. 1-150, 2013.

KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE (KDOQI). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification - KDOQI. **American Journal Kidney Disease**, v. 39, p. 1-246, 2002.

OBREGÓN, J. M. V.; ANJOS, M. F. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 4, p. 403-409, 2018.

OLIVEIRA, J. G. R.; OLIVEIRA, M. R. B.; SILVA JUNIOR, G.B. Impacto econômico da Doença Renal Crônica no Sistema de Saúde do Brasil. In: SILVA JÚNIOR, G.B.; *et al.* **A nefrologia e o sistema de saúde do Brasil**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019. p. 70-78.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1136p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise 2021**. Brasil: SBN, 2022.

TESSER, C. D. A.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em: 05 jan. 2023.

ARTIGO 4

A FORMAÇÃO DO NEFROLOGISTA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA.

Ainda será submetido

A formação do Nefrologista: uma análise bioética.

Nephrologist training: a bioethical analysis.

La formación del nefrólogo: un análisis bioético.

Resumo:

O processo formativo que o profissional está inserido terá intensa relação com a forma como ele se colocará frente às situações do cotidiano de atuação, especialmente as que evidenciam conflitos bioéticos. O objetivo deste estudo foi avaliar a formação ética dos profissionais atuantes em ambulatórios de tratamento conservador da Doença Renal Crônica e o conhecimento deles acerca dos conceitos, correntes e teorias bioéticas. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados 63 profissionais, incluindo médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, atuantes nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de quatro serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, entre março e setembro de 2022. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pela técnica de Bardin. Na análise das entrevistas, emergiram 28 categorias agrupadas em quatro eixos temáticos: O Estudo da ética; Como e o que os profissionais aprendem sobre ética; Relevância do Estudo da ética na formação profissional; e o Estudo da ética em Nefrologia. A avaliação do conhecimento dos profissionais acerca dos conceitos bioéticos evidenciou que apenas 2 profissionais falaram de teorias bioéticas e conceitos específicos de ética. A dificuldade dos profissionais em compreender a importância do estudo de conteúdos que perpassam a clínica é nítida. Ressaltamos o quanto a ética está presente no contexto do trabalho e sugerimos rever a matriz curricular dos cursos de formação de especialistas em Nefrologia, especialmente das profissões que foram entrevistadas nesse estudo, com a inclusão de competências relacionadas à ética e à bioética.

Palavras-chaves: Bioética. Nefrologia. Formação Profissional em Saúde.

Introdução

Há, na área da saúde, um comportamento habitual dos profissionais em usar o conhecimento sobre doenças e tratamentos (gerando autoridade) sobre a passividade daquele que necessita de cuidados – o paciente (perpetuando a dependência), marca essa uma

característica forte do paternalismo. Para muitos profissionais, é difícil avaliar a capacidade do indivíduo em decidir sobre uma indicação baseada na avaliação clínica e laboratorial. Com frequência, existe ainda uma crença muito forte no saber profissional como soberano (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O envolvimento de pacientes na tomada de decisão auxilia os profissionais na garantia de que o tratamento realizado reflita as preferências e os valores daqueles. A ética é essencial à prática dos cuidados em saúde, e o respeito à autonomia do paciente está presente nos códigos de ética das profissões. Os pacientes devem ter o exercício de sua autonomia amplamente garantido. Assim, todas as informações devem ser apresentadas, tornando possível o exercício desta (HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006; FRIBERG *et al.*, 2018; SCHELL; COHEN, 2014).

Para que os profissionais possam exercer seu trabalho de forma competente, é necessário tomar decisões sempre considerando os aspectos clínicos, epidemiológicos, psicossociais e éticos, nunca esquecendo que esses se complementam. Pensando nisso, é preciso considerar que competências podem ser compreendidas como as habilidades e os conhecimentos que são adquiridos ao longo de uma formação. Quando falamos de profissionais de saúde, compreender o papel do usuário na tomada de decisão é uma competência que precisa ser adquirida por todos. Assim, devemos lembrar que a lógica de formação das especialidades, incluindo a Nefrologia, está centrada na noção de competências clínicas, ou seja, a educação serve como um orientador do ensino para inserção do profissional no processo de trabalho, mas muitas vezes não funciona como Paideia e perpetua o *status quo* de uma formação tecnicista e centrada no procedimento (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013).

Diariamente a visão de competências tem sido modificada, uma vez que o local de estudo se tornou ampliado. A cada dia é maior a necessidade da formação que compreenda a realidade da população, e não apenas a constante identificação de doenças e tratamentos pré-determinados. Nesse sentido, é necessário sempre propiciar a formação de profissionais menos atentos ao conteúdo fechado das disciplinas e, cada vez mais, desenvolver a competência da autonomia, com foco no aprender a aprender e no protagonismo do estudante, com o objetivo de criar práticas assistenciais que vão além da necessidade estrita de uma população que apresenta uma característica específica, e sim, olhar para o cenário extramuros que a sociedade apresenta (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013; FERRARI; SILVA; SIQUEIRA, 2018).

A maioria das escolas de formação aposta em métodos educacionais que dão aporte à lógica tecnológica, focando na imagem e nos equipamentos, dispensando ou tornando secundário o aprendizado das relações interpessoais. O foco é na aquisição de conhecimentos técnicos, com fundamentos teóricos e práticos. O trabalho dos diferentes profissionais, que compõem a equipe, deve ser orquestrado e alinhado, para apresentar uma relação com o usuário que direcione a forma e agir da equipe. A construção do conhecimento se dá por linhas de força coletiva, especialmente, quando falamos de atenção à saúde (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013; OBREGÓN, ANJOS; 2018).

Por esse motivo, ao pensar na formação de profissionais, em todas as áreas, incluindo-se a Nefrologia, é essencial pensar na educação de modo que o profissional possa reconhecer seus limites e assumir de forma consciente a própria vulnerabilidade diante de conflitos éticos que possam surgir durante a atuação profissional. A capacitação com desenvolvimento de consciência crítica e postura de posicionamento diante de situações poderá direcionar a atuação profissional. Nesse sentido, a fragilidade do profissional, mesmo esse não se reconhecendo como tal, precisa ser percebida, manifestada e principalmente discutida. O foco principal não pode ser direcionado à fragilidade do paciente, que está sempre relacionada à finitude da vida e à impossibilidade terapêutica no âmbito da Nefrologia. O profissional está constantemente sob risco de exposição, principalmente, quando observamos as questões éticas implícitas na sua atuação (OBREGÓN; ANJOS, 2018).

Na Nefrologia, ressaltamos que o momento de escolha da terapia em que será realizada a substituição da função renal é primordial também pensar na participação do usuário e na tomada de decisão ética, associada aos resultados laboratoriais e à condição clínica, tentando expandir e garantir a autonomia e a participação do usuário. Por isso, pensar na formação bioética desses profissionais é essencial.

O objetivo desse estudo foi avaliar a formação ética dos profissionais atuantes em ambulatórios de tratamento conservador da Doença Renal Crônica (DRC) e o conhecimento deles acerca dos conceitos, das correntes, das teorias e dos métodos da bioética.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados os profissionais atuantes nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de quatro serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. Todos os 65 membros atuantes nas equipes multiprofissionais, incluindo médico, nutricionista, enfermeiro,

psicólogo e assistente social, conforme recomendado para composição da equipe mínima atuante (BRASIL, 2018), foram convidados a participar. O contato para convite foi feito através de e-mail ou telefone fornecido pelos chefes de serviços. Foram explicados os objetivos da pesquisa, como ocorreria a participação e, após o aceite, as entrevistas foram agendadas, conforme preferência e disponibilidade dos profissionais. Dois profissionais estavam de férias no momento do encerramento da coleta de dados e, por esse motivo, foram excluídos, totalizando ao final 63 entrevistas sendo: 61 ocorreram de forma presencial nos serviços em que os profissionais atuavam em local restrito, para garantia de sigilo; e 2 realizadas virtualmente, por meio da plataforma Google Meet. Todas ocorreram somente após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas aconteceram entre março e setembro de 2022, seguindo o roteiro estruturado que continha perguntas relacionadas à caracterização da população e à formação em bioética. Elas foram gravadas em áudio com duração média de 5 minutos; posteriormente foram codificadas com a letra “E”, seguida do número de ocorrência, transcritas na íntegra, sem devolução aos participantes e realizada a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), sem utilização de software. As falas foram agregadas, sintetizadas, ordenadas e categorizadas por semelhança e repetição, emergindo então em temas. Todas as etapas foram realizadas pela enfermeira, doutoranda e pesquisadora principal. Não foi trabalhada a saturação dos dados, uma vez que a proposta foi entrevistar todos os profissionais atuantes nas equipes dos quatro serviços.

A pesquisa foi realizada respeitando a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O trabalho faz parte dos dados de uma tese de doutorado intitulada “Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das 4 instituições coparticipantes, possuindo os seguintes CAAE: 54898422.1.0000.5240; 54898422.1.3004.5259; 54898422.1.3002.5257; 54898422.1.3001.5253; e 54898422.1.3003.5258.

Resultados

Dentre os 63 profissionais atuantes no ambulatório de tratamento conservador da DRC das respectivas instituições, 51 (81,0%) eram do sexo feminino. A idade média foi de $39,88 \pm 12,23$, variando entre 21 e 68 anos. O ano de formação na graduação variou entre 1978 e 2021; e o ano de conclusão da especialização em Nefrologia esteve compreendido entre

1982 e 2022; o tempo de atuação média na Nefrologia foi de $10,92 \pm 11,11$ anos, no tratamento conservador $8,92 \pm 9,5$ e, na instituição em que atua e foi entrevistado, de $8,93 \pm 10,04$ anos. As demais características gerais da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Dados gerais dos profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC.

Característica		N (%)	Total
Formação Profissional	Médico	44 (69,8)	63 (100%)
	Enfermeiro	7 (11,1)	
	Assistente social	3 (4,8)	
	Psicólogo	2 (3,2)	
	Nutricionista	7 (11,1)	
Maior titulação acadêmica	Graduação	1 (1,6)	
	Especialização	33 (52,4)	
	Mestrado	17 (27,0)	
	Doutorado	12 (19,0)	
Possui outra formação profissional (além da atuante no momento da entrevista)	Sim	3 (4,8)	
	Não	60 (95,2)	
Especialização em Nefrologia	Está em curso no momento	22 (34,9)	
	Curso Concluído	31 (49,2)	
	Não é especialista	10 (15,9)	
Tipo de Curso para especialização	Residência	46 (86,8)	53 (100%)
	Especialização Lato sensu	7 (13,2)	
Local que cursou a especialização	UERJ	27 (50,9)	
	UFRJ	16 (30,2)	
	Outros*	10 (18,9)	

Fonte: Autoria própria

*Outros Inclui: Luiza de Marilack; Hospital da Beneficência Portuguesa; Hospital Federal de Bonsucesso; Hospital Federal do Andaraí; Hospital Universitário Gaffrée e Guinle; Pontifícia Universidade Católica do Rio (PUC RIO); Universidade Federal de Juiz de Fora; Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro; Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ); Escola Paulista de Medicina.

Na análise das entrevistas, emergiram 28 categorias agrupadas em quatro eixos temáticos: O Estudo da ética; Como e o que os profissionais aprendem sobre ética; Relevância do Estudo da ética na formação profissional; e o Estudo da ética em Nefrologia. O quadro 1 apresenta essas categorias e um resumo dos seus significados e principais achados.

Quadro 1. Categorias emergidas da análise de conteúdo de Bardin realizada nas entrevistas com os profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC.

O Estudo da ética	Quando estudou ética	Houve relatos de 54 (85,8%) profissionais sobre o estudo em todos os níveis de formação profissional: graduação, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado; 3(4,7%) relatam não ter estudado; 6(9,5%) acham que não, não têm certeza ou não lembram.
	Estudo da ética na especialização em Nefrologia	Apenas 6 (11,4%) profissionais relataram ter estudado ética durante a especialização em Nefrologia. 1(1,8%) relata que terá o conteúdo na especialização, mas ainda não teve o módulo. Todos os demais 46(86,8%) negaram ter estudado o conteúdo.
	Importância de Conteúdo sobre ética na formação profissional	Foi uma fala bastante presente. 47 (74%) entrevistados citaram a temática. Os adjetivos usados para expressar essa importância: extrema, muito, relevante, primordial, necessário, interessante e fundamental.
	O quanto o estudo da ética foi importante para o profissional	Há descrição que foi essencial para a melhoria no cuidado. Uma fala resumiu o que foi expresso pelos demais: <i>“Então, é importante a gente saber lidar, isso, até com respeito à autonomia do paciente, o que é o que a gente oferece, se vai ter algum benefício na vida dele, realmente?”</i> (E60)
	Desconhece o que seria importante estudar em ética	Foi relatado que o desconhecimento está relacionado à falta de estudo da temática e à falta de saber específico. Também emergiu a dificuldade de formular dúvidas sobre a temática.
	Irrelevância do conteúdo ministrado	Emergiram falas de que o aprendizado foi mínimo, muitas vezes em disciplinas no início do curso e, por esse motivo, o profissional se quer lembra os conteúdos específicos ou do que se trata.
	Relaciona a formação há muitos anos com não estudar ética	3 (4,8%) Profissionais entrevistados negam o estudo da ética e relacionam à formação de longa data: <i>“Na época em que eu fiz Nefrologia não se usava isso. (risos)”</i> (E10 - formado em 1987); <i>“Eu sou uma pessoa formada há 30 e poucos anos e tenho uma formação muito rígida da parte médica”</i> (E17 - formado em 1988); <i>“como foi no início da década de 90, isso não era comum”</i> (E50 - formado em 1996).
	Ética na formação atual	2 (3,2%) relaram que o conteúdo esteve em sua formação, pois passaram por “currículos mais atuais”.
	Possibilidade de atrelar ensino, pesquisa e extensão	Como são centros de formação profissional, 2 (3,2%) relataram que há possibilidade de trabalhar o ensino da bioética em conjunto com o desenvolvimento de pesquisas no serviço e nas atividades de extensão.
	Falta de tempo para estudar ética	Apesar do interesse pela temática, houve relatos de 3 (4,8%) entrevistados sobre a dificuldade de conciliar o estudo com a rotina de trabalho. <i>“eu só não tive tempo diante da realidade daqui diante de iniciar um trabalho, né?”</i> ... <i>Acho interessante, mas ainda não tive tempo</i> ” (E34); <i>“acho que se eu pudesse eu teria mais contato, né, com esse assunto sim”</i> (E54); <i>“Eu, eu tento, eu tento pensar isso, mas eu não, eu nunca me aprofundei sobre isso”</i> (E63).
O que estudou sobre ética	48 (76,2%) relataram ter estudado os conceitos de ética ou bioética, principalmente na graduação.	
Outras formas de aprender	Foi citada a aprendizagem de conteúdos como: ética em pesquisa; ética profissional; participação em	

Como e o que os profissionais aprendem sobre ética	ética relatadas	conselho profissional; inserção em comissão de ética.
	Estudou ética em Nefrologia em outros locais	Os profissionais relatam contato com a ética em congresso, palestras, livros, textos, estudo independente ou na discussão de casos em equipe.
	Estudou ética por atuar em outros setores	Houve relatos de atuação em equipe de cuidados paliativos não oncológicos 2 (3,2%). Uma fala interessante foi: <i>“eu saí de um ano de maternidade pra ir pra Nefrologia e existem características completamente distintas, inclusive do nosso posicionamento ético pra atuar com cada paciente”</i> (E35).
	Como a ética foi ensinada	Houve um descaso ao retratar como o conteúdo foi ensinado: <i>“Mas eu acho que é muito mal passado também. É muito... mal abordado, pouco didático”</i> (E13); <i>“mas, não era um módulo”</i> (E14); <i>“Tipo assim questões éticas relacionadas na cardiologia, sei lá, como trabalhar eticamente no paciente com insuficiência cardíaca, entendeu? Discussão assim mais de sala de aula, não tanto no trato com o paciente”</i> (E32); <i>“Não lembro”</i> (E33); <i>“Não vou conseguir lembrar de forma detalhada pra te passar”</i> (E49).
	Deficiência no conteúdo ministrado	Foram usados termos como; lacuna, pouco, nem lembro, pouco acesso, conhece pouco, fica muito solta, uma deficiência, o curso era bem completo, mas essa parte não teve, ela não é o eixo, e ele não norteia, faz falta e falta isso nos cursos de medicina. <i>“Eu acho que isso é uma coisa que a gente não tem uma determinação e não tem formação adequada de fato pra fazer isso (risos)”</i> (E28)
Relevância do Estudo da ética na formação profissional	Por que os profissionais procuram estudar ética	Para: fazer pesquisa; fazer o correto; tentar errar o menos possível; poder se proteger também; relação médico paciente; para conseguir tratar melhor. Na Nefrologia especificamente foi citado: <i>“eu parei para pensar nisso exatamente quando é... recentemente enfim, criou-se essa questão da ponderação do transplante intervivos”</i> (E58)
	Ética como base da atuação profissional	As falas retratam que a ética é a base da atuação profissional, não só na Nefrologia, mas em todas as áreas, e que não há como atuar sem esse conhecimento; é preciso estar ciente que o foco do cuidado é o paciente e atentar-se para fazer o melhor para este. É necessário ética com: a equipe, o usuário e sua família.
	Ética na rotina do profissional	Foi uma das categorias mais presente. Há relatos de que a ética é praticada diariamente, sem perceber; ela <i>“move”</i> o profissional e seu comprometimento. Nessa perspectiva, o profissional vai aprimorando suas condutas à medida que a experiência vai aumentando, favorecendo a assistência prestada e a autoproteção. Questões da rotina podem gerar conflitos: diferentes necessidades dos usuários e a presença da indústria.
	Quando o profissional pratica a ética	Foi citada a prática da ética na Nefrologia: <i>“quando a gente permite que o paciente, né, faça a sua escolha de terapia... quando a gente orienta ele em relação ao tratamento”</i> (E1); <i>“pra que eu possa ter respeito ao paciente, pra que eu possa ter um bom, um bom desenvolvimento do meu trabalho, é... pra que eu possa também respeitar o trabalho do outro profissional”</i> (E12); <i>“pra lidar com o paciente, e com o sofrimento dos outros”</i> (E17); Em contrapartida, foi ressaltado que: <i>“o ambiente, a instituição que você vive e a especialidade... ela vai te limitar ou não na, no exercício da sua ética”</i> (E24).

<p>Habitus profissional / exemplo de outro profissional</p>	<p>A forma como se aprendeu a usar a ética foi retratada através da experiência vivida com a atuação junto a outros profissionais: <i>“Mas, na verdade você acaba pegando muito como exemplo né?”</i>... <i>“o dia a dia, observar os outros profissionais, a forma como eles agiam”</i> (E3); <i>“porque acabada que a gente vê muita coisa assim conversando com os staffs, na evolução dos casos”</i> (E32); <i>“mas assim o que eu compreendo da ética a gente acaba tendo na convivência do dia a dia, a gente acaba sempre discutindo sobre isso né?”</i> (E44); <i>“É um pouco da vivência mesmo né? assim eu vou colocando ali o meu, o meu discurso com o paciente é sempre muito parecido né? é assim, digamos assim de tanto falar né? é a gente já tem mais ou menos um, uma coisa na cabeça assim de como é que a gente aborda, como é que a gente fala, tentando, na medida do possível, né, particularizar assim pra cada paciente né?”</i> (E49); <i>“então, não foi uma aula especificamente, mas a gente discute isso, principalmente com o professor”</i> (E55).</p>
<p>Estudar abre os horizontes</p>	<p>Foi relatada a importância da formação e o quanto ela tem contribuído para o crescimento do profissional: <i>“E isso tem, eu tenho aprendido muito, tenho abri, aberto muito meus horizontes né?”</i> (E25); <i>“É, com certeza né? a gente sempre quer aprender mais né? aaa... isso as coisas vão mudando também”</i> (E50)</p>
<p>Importância da divulgação da ética</p>	<p>Os profissionais retrataram que a divulgação da ética pode ser o diferencial para a atuação: <i>“Eu acho que assim, acho que a ética hoje ela deveria ser mais divulgada ... Mas assim essa ética voltada para a bioética voltada aos pacientes, eu acho que ela deveria ser mais propagada, não estudada nenhum tema específico”</i> (E1); <i>“Acho que a ética deve fazer parte da formação do médico né?”</i> (E2); <i>“Eu acho que é sempre bom né? é eu acho que é sempre bom até pra ser informativo pros pacientes também”</i> (E43); <i>“desde a graduação, na realidade, é fundamental em termos de pós-graduação”</i> (E50); <i>“como aceitar as decisões de cada paciente, de cada família, então é muito, é muito é um tema muito importante pra gente discutir né?”</i> (E49); <i>“O quanto ah é, com certeza é muito importante, embora não seja muito, é é muito difundido, né?”</i> (E58); <i>“Não com a Nefrologia em si, mas com a formação médica geral... Mas isso é importante pro cuidado, né? Mas isso não é relacionado a nefro, é cuidado geral com o paciente, entendeu?”</i> (E63).</p>
<p>Importância da ética para vida</p>	<p>Houve um consenso da importância da ética não apenas para a formação profissional, mas para a vida e para toda a sociedade: <i>“Tudo sempre tem a bioética e a ética”</i> (E22); <i>“no tratamento, mais obviamente, melhor né? de qualquer ser humano ele é fundamental”</i> (E50); <i>“é, principalmente relacionada à decisão pessoal e às vezes cultural... assim religiosa”</i> (E41). E que após o estudo da ética, o profissional pôde compreender o quanto algumas atitudes e ações humanas são erradas, <i>“dando oportunidade pra cada indivíduo poder ter a sua vontade, a sua necessidade atendida”</i> (E18). Porém: <i>“Eu acho que a sociedade infelizmente ela não entende o que é ética e quando a gente transporta o problema da sociedade para o problema focal dentro da Medicina, isso é um outro conflito... O que na minha visão hoje a estrutura da sociedade está muito ruim. Porque as pessoas não sabem o que é ética, né?. Elas, aqui e acolá, a gente se</i></p>

		<i>depara com situações bastante complicadas, né?” (E25).</i>
Estudo da ética em Nefrologia	Formação em Nefrologia	Houve relato de que <i>“a formação do nefrologista de uma forma geral é muito precária” (E24)</i> especialmente em Diálise Peritoneal e nos ambulatórios de DRC, pois o profissional <i>“quer fazer o mínimo, do mínimo, do mínimo” (E32).</i>
	Formação Nefrologia é completa, mas não teve estudo de ética	Durante a formação <i>“na residência a carga horária, ela é pequena, ela é mais prática né? então não havia nada nesse sentido” (E50); “você tinha o período de rodízio e aí é não mais ... E deveria fazer, né?” (E32); “porque esse curso lá já é um curso completo, então ética e bioética especificamente, não” (E25).</i>
	Tem Interesse em estudar ética na Nefrologia	O interesse em estudar conteúdos de ética em Nefrologia foi relatado por quase metade dos participantes, sendo que: 10 (15,9%) têm interesse, mas não relatam uma temática específica; 2 (3,2%) pensam em vários temas; 34(4,7%) nunca pensaram sobre o assunto; 17 (26,9%) não têm interesse ou não pensam em nada específico. Dentre os 5 (7,9%) que citaram temas específicos, emergiram: cuidados paliativos, nefropaliação, cuidado em fim de vida, terminalidade, o cuidado na tomada de decisão e a escolha da terapia renal substitutiva.
	O que gostaria de estudar sobre ética e Nefrologia	Quando questionados os assuntos que os profissionais gostariam de aprender: <i>“Sobre os critérios expandidos em transplante renal e acho que cuidados de fim de vida para pacientes renais também” (E6); “Olha, assim, tem várias questões né?... o sigilo é, em relação ainda mais com essas mídias sociais, isso é uma coisa constante” (E7); “Principalmente em relação à questão dos transplantes” (E9); “eu acho que, inclusive, a gente deveria ter Nefrologia paliativa, né?” (E11); “É, toda essa abordagem do doente que se recusa a entrar em diálise e as dificuldades que você tem realmente de colocar isso pro doente, quando ele precisa começar a dialisar” (E17); “Na verdade, os cuidados paliativos e cuidados em fim de vida relacionados à Nefrologia” (E18); “Olha só, um, bom, eu não sei até aonde vai a ética, né? Mas quando você conversa com o paciente que está lá no... já... com o pezinho pra fazer, eu não sei até onde eu posso conversar com ele sabe?” (E20); “aí, a postura do profissional frente ao doente renal crônico, é o acolhimento de receber, de até mesmo da equipe como se... a postura, o comprometimento com o serviço né? como se portar né, durante o tratamento, durante é... o tratamento do paciente, pré-diálise, pós-diálise, acho que é isso” (E22); “Eu tenho tido muita curiosidade em relação a transplante” (E23); “Oh, eu acredito muito nessa área dos cuidados paliativos, pra mim, não só na parte da Nefrologia, mas oncologia e por aí vai” (E26); “paliação em diálise, quando interromper diálise em paciente com câncer, ou paciente idoso, indicação de diálise em paciente idoso, ou com câncer ou com doenças degenerativas” (E28); “Hum... Ah, isso eu acho muito importante, fim de vida” (E29); “Sim, eu acho que é... assim, essa história de cuidados paliativos em Nefrologia” (E32); “eu acho que mais em relação a essa questão do transplante” (E39); “Eu acho que essa questão realmente né? do iniciar essa terapia renal substitutiva é importante né?” (E40); “e</i>

		<p><i>talvez hoje um dado, uma coisa mais nova, da última década, é a questão da palição em Nefrologia é... que eu acho que a gente precisa disso muito na prática clínica” (E50); “Eu gostaria de estudar cuidados paliativos em Nefrologia, que tem muito a ver com bioética também” (E52); “a gente saber é... em que momento a gente tem que orientar os pacientes pra que eles possam saber né do, dos possíveis tratamentos dele, do que existe nas portarias né? e que, que tem a ver com nefro e pra que a gente possa apresentar pro paciente da forma correta” (E54); “Hum... Deixa eu ver.. Acho que de repente, nessa parte de é início preparo de diálise, é acho que seria interessante, é como, como encaminhar o paciente a melhor forma de encaminhar o paciente para a diálise” (E59); “A questão de, mais ligado ao transplante” (E58).</i></p> <p>Porém, alguns profissionais não souberam responder como exemplificado a seguir: “Só de nefro mesmo... Achei bioética bem chato” (E13); “Hum... Nada muito específico da Nefrologia que venha” (E41); “Especificadamente, nada que me vem à mente agora” (E55).</p>
	Deveria ter um espaço na residência / formação para discutir ética	Sugestões dos entrevistados: “assim eu não sei, mas as questões bioéticas deveriam ser, a gente devia ter um espaço na residência pra discutir isso sabe” (E32); “então, sim. Mas não sei o que exatamente” (E61); “esteja conseguindo se especializar em coisas pontuais, de cada um desses, dessas áreas de serviços é, porque é muito diverso, né?” (E35)

Fonte: Autoria própria

Nossos entrevistados reforçam a importância da ética na rotina e desses conteúdos na formação como citado a seguir e demonstram o quanto sentiram falta de uma formação mais completa:

E2 *“por isso que é importante na graduação você ter essa abordagem com o aluno que está se formando, né?”*

E7 *“Mas, existem questões que eu acho que vão além, e a gente precisa se aprofundar mesmo”*

E14 *“eu percebi que, na verdade, não foi nada suficiente o que eu tinha tido na faculdade”*

E16 *“Eu acho que a discussão da bioética, ela deveria ser pertinente pra todo profissional de saúde” ... “Mas aquele que tá na assistência direta, eu acho que a gente precisava avançar mais, sabe?!”*

E35 *“mas se fosse possível a qualquer profissional fazer um estudo de ética em qualquer setor que esteja inserido” ... “então se fosse possível ter essa formação antes seria muito bom”*

E38 *“São princípios gerais né, que cabem não só a especialidade, mas para tudo né?”*

E39 *“não só pra lidar com os pacientes, mas também entre profissionais, porque não é só a gente tem que ter ética só com o paciente” ... “mas também acho que tem que ter essa visão de ética com a multidisciplinaridade que atua junto, no tratamento né?”*

E41 *“Eu acho que serve é, serve como um guia para uma série de decisões que são dilemas na nossa, na nossa vida assim”*

E42 *“Eu acho que se fosse mais apresentado eu ia ter mais dúvidas em relação a isso a querer um conteúdo...”, “até porque a formação sociocultural das pessoas é diferença então a gente tem que aprender a passar abranger isso aí tudo”*

E43 *“Eu acho que é importante pra gente poder tá respaldado no atendimento do paciente e também pra nossa própria formação como médico”*

E45 *“Acho que é importante porque a maioria dos médicos não tem noção, nada sobre o tema”*

E47 *“O quanto eu acho importante? Ah, eu acho que é uma das bases de tudo, né?”*

E50 *“É, não só na Nefrologia né? em todas as áreas de saúde né? pra qualquer profissional de saúde, é... a ética e bioética, ela é fundamental, né?”*

E52 *“O quanto... é importante! É importante não sei quanto (risos)”*

E53 *“Então, é... a gente vai mais pelo eu acho do que realmente você ler um papel e dizer*

opa, isso aqui eu não posso dizer, ah tá isso aqui eu não posso falar, entendeu?”

E56 *“Há, eu acho que a gente tem que saber, né? É essa essa matéria importante, né?”*

E59 *“E um tema que até volta e meia, não é tão frequente, mas volta e meia a gente se depara”*

E60 *“Mas a princípio, sim, é sempre bom ter atualização do do...”*

E63 *“É, eu acho que esses aspectos de bioética são importantes para o manejo, pro cuidado, né?”*

Outra informação importante foi o quanto a ética está contida na rotina e na atuação em Nefrologia. Emergiram falas dos momentos em que os profissionais a percebem no seu contexto e vivência profissional, especialmente no atendimento em tratamento conservador, mas também em outros momentos, quando o paciente entra em substituição da função renal em alguma terapia:

E16 *“Então, essa discussão do que até aonde a gente vai, com esse tipo de paciente é algo que eu acho importantíssimo... porque pensando num hospital de média e alta complexidade como esse que eu atuo, que é minha experiência na saúde, porque você vai esbarrar nisso o tempo inteiro.”*

E17 *“Então, eu acho que, que a gente passa por isso acima de tudo né? você tem que ter muito cuidado de lidar com o sentimento do outro, o sofrimento do outro, o que o outro tá passando”*

E52 *“Eu acho que, muito mais que essa questão de quando iniciar, quando não iniciar, cuidados paliativos”*

E53 *“É, assim, a parte de... paciente e a gente, é... o que que a gente realmente pode falar pra esse paciente a nível do que ele entenda realmente e que não nos complique na hora que você tá atendendo, né?”*

E55 *“de novo, principalmente para essas questões do paciente que pode ser transplantado, outras questões do paciente, é até mesmo a questão da ética com o paciente em cuidado paliativo, né?”*

E59 *“E também outro tema que eu vejo dificuldade no meu dia a dia, isso é um com os pacientes terminais que, por falência de acesso para diálise”*

E60 *“porque a gente lida com paciente crônico, que é muitas vezes dependente da família, que muitas vezes a doença de base dele impede de trabalhar, é impede de, até muitas vezes,*

altera muito a qualidade de vida”

E61 *“Ah, saber lidar com o paciente na... como agir com relação a diálise, não é uma coisa tão simples você colocar um paciente para dialisar, ficar em terapia renal substitutiva por um, toda vida, pela vida toda do paciente”*

E62 *“mas eu acho que no dia a dia a gente tem muita dúvida de como manejar muitas situações que eu acho que é importante a gente ter uma orientação assim, da Bioética”*

Alguns profissionais demonstraram até dificuldades em reconhecer o que seria importante estudar em ética, quando questionados se gostariam de estudar algum conteúdo:

E8 *“Não conheço”*

E11 *(Pensativa...) “Algum conteúdo assim... difícil, né?”*

E16 *“Tenho mais questionamentos, mas não é da minha cadeira, então não posso falar”*

E30 *“Desconheço. Não posso dizer porque eu não sei”*

E31 *“Não sei por desconhecer mesmo”*

E36 *“Então, como é uma área que eu ainda tô me apropriando, eu de certa forma não, não tenho esse saber”*

E42 *“E Nefrologia... hum, eu conheço pouco, então me faltam dúvidas sobre isso”*

E44 *“É... olha você fez uma pergunta agora que é difícil”*

E45 *“Eu não tenho nem embasamento pra falar sobre”*

E46 *“Eu acho que eu não tenho nem muita ideia assim do que que possa ser entendeu?” ... “mas assim como eu nunca tive contato eu acho que eu nunca, eu não sei nem, eu não tenho muita noção realmente assim”*

E57 *“Nunca pensei a respeito, para ser sincera assim... Nenhuma relação específica que possa...”*

E60 *“Olha, a princípio. Teria que, pelo menos dar uma olhada nos conteúdos, nas áreas só para ter uma ideia, assim”*

E61 *“...em relação à Nefrologia, eu nunca estudei para poder te dizer algo mais específico...”*

A avaliação do conhecimento dos profissionais acerca dos conceitos bioéticos ficou muito a desejar. Apenas dois profissionais falaram de teorias bioéticas e conceitos específicos de ética, sendo que um relatou estar cursando filosofia, e o outro disse que estudou o conteúdo no mestrado:

E28 *“A gente não pode ser paternalista, né? ou seja, a gente tem que aceitar a*

autonomia do doente” ... “mas assim, essa decisão é muito comum você chegar no CTI principalmente o intensivista quer que você faça tudo, e você acaba fazendo a distanásia, e a conversa com a família às vezes não é adequada, você faz distanásia e também acontece também que às vezes o CTI quer botar, não quer...”

E63 *“Então eu aprendi os princípios basicamente... principialismo, a perfeição. Não, é a ética da perfeição. Basicamente, os 3 domínios básicos, né? de perfeccionismo que fala. É que ele fala que a virtude, a virtude não é o terceiro domínio, deontologia, virtude e principialismo.”*

Em contrapartida, observamos em algumas falas a presença de conceitos, sem explicitá-los, especialmente sobre a teoria principialista e a autonomia do sujeito. A exemplo, um profissional trouxe bem claro o quanto os princípios éticos são a base da ação humana e atuação profissional, porém sem citá-los:

E24 *“Eu acho que a questão que você fala da ética na Nefrologia não é tanto a ética com o paciente, mas quais os caminhos, quais as ferramentas que as instituições e especialidade te permite viver a ética... A gente tem que ganhar decentemente, temos! Temos que ser remunerados, mas se você faz medicina só pensando em dinheiro, primeiro tá no lugar errado, que não se ganha dinheiro fácil na medicina, rala-se muito, ganha-se dinheiro, poucos ganham dinheiro sem trabalhar, outras coisas ganham muito mais. E mesmo assim, a medicina tá mexendo com o ser humano no seu momento mais frágil. Então, se eu só viso dinheiro eu não vou ser um médico e não, e uma questão mais assim profundo, eu falo isso pros meus colegas: cê não precisa ter religião, cê não precisa ter fé, não precisa nada. Se você pegar seu juramento de Hipócrates e seguir ele à risca, você só tá fazendo o bem. O pior de tudo é que além da gente não, a gente não tá tendo humanidade, a gente não está nem fazendo a técnica correta. Porque a técnica correta não causa danos, tem intercorrências, tem! Mas está dentro da técnica e nem sempre eu vou ser cem por cento num procedimento”.*

Discussão:

As categorias mais faladas foram: quando estudou ética e sobre o estudo da ética em Nefrologia. Essas categorias emergem o ensino da ética como um conteúdo transversal na formação de profissionais de saúde, conforme recomendado pelas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde. Não podemos deixar de reforçar que é necessário que todo profissional seja capacitado quanto a esse conteúdo de modo que o egresso possa atuar

com ética e nos diferentes setores em que estiver. Especialmente na medicina, que compõe 69,8% da nossa amostra, espera-se que o profissional seja formado através da “ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico” (BRASIL, 2014).

Na matriz de competências dos programas de Residência Médica em Nefrologia, publicada em 2021, é esperado que o profissional ao final do segundo ano tenha desenvolvido as competências e as habilidades de “aplicar os conceitos fundamentais da ética médica”. Essa recomendação é aplicável aos programas de residência médica em Nefrologia que se iniciarem a partir de 2022 (BRASIL, 2021). Vale destacar que nossa amostra foi composta por profissionais que se enquadram nessa regulamentação, uma vez que foram entrevistados os residentes que estão sendo formados nesses serviços. Um estudo que realizou a avaliação dos projetos político-pedagógicos e matrizes curriculares de 12 instituições de ensino superior que oferecem cursos de enfermagem na região metropolitana de Porto Alegre identificou que a ética está presente em 11, destacando-se o ensino de ética profissional, bioética, legislação profissional em enfermagem, ética e tecnocultura, sociedade e contemporaneidade, práticas sociais e ética, dentre outros (NORA, et al 2022).

Em contrapartida, a maioria dos profissionais relatou não ter estudado ética na formação em Nefrologia (especialização ou residência) e houve relatos de aprendizagem desses conteúdos durante a realização de pesquisas ou seguindo o *habitus* profissional, ou seja, com a reprodução do que se é observado durante a formação ou até mesmo quando se observa a atuação de colegas e inicia a tomada de decisão com condutas e ações semelhantes (GOMES, REGO, 2013). Conforme Oliveira et al (2021) identificaram em seu estudo com preceptores de residência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, muitos desses não compreendem níveis mais ampliados de conhecimento sobre Ética e Bioética, atentando-se para conteúdos específicos de ética profissional e, portanto, podem ter dificuldade para disseminar o conhecimento entre os residentes que os acompanham. Para aprimorar esse conhecimento, os autores sugerem a realização de atividades formativas, valorizando abordagens interdisciplinares e interprofissionais. Marques et al (2020) apontam ser necessário capacitar docentes e instituir educação permanente aos profissionais, reforçando que muitos desses atuam como preceptores, para que a formação ética e moral dos profissionais não seja produto da casualidade ou continue à margem dos currículos, como um conteúdo menos importante.

Também surgiram muitas falas que expressam à importância da ética na rotina do

profissional, a ética sendo vista como base da atuação profissional e importância do conteúdo sobre ética na formação profissional e a importância da ética para vida. Esse achado vai de encontro com Oliveira e Oliveira (2022) que identificaram que a maioria (89%) dos alunos que estão cursando medicina considera o tema extremamente importante.

Além disso, há uma presença forte de falas sobre o interesse em estudar sobre ética em Nefrologia e o que a pessoa gostaria de estudar sobre. Em contrapartida, os profissionais também retrataram a irrelevância do conteúdo ministrado sobre bioética durante sua formação e a deficiência neste conteúdo. Oliveira e Oliveira (2022) identificaram em seu estudo que dentre os estudantes de medicina, 34,5% consideraram o aprendizado regular e 21,8% ruim da bioética. Ferrari, Silva e Siqueira (2018) reforçam que dentre as 276 escolas de medicina na América Latina avaliadas, sendo dessas 118 no Brasil, a maioria ainda é “voltada para formações mais técnicas do que humanistas”, tendo essas cargas horárias mínimas para o ensino da ética e da bioética, quando comparada as horas disponibilizada para o aprendizado de conteúdos de clínica.

Uma pesquisa realizada com alunos do último ano dos cursos de odontologia, fisioterapia, farmácia, enfermagem e educação física de uma universidade da Bahia enfatizou que o conhecimento sobre bioética torna-se ainda mais relevante para os profissionais de saúde atuantes, pois “o amparo nos princípios que norteiam à bioética, desde sua formação, pode garantir qualidade na assistência de saúde baseada nos pressupostos da dignidade, da integridade e da autonomia dos sujeitos”, favorecendo assim a defesa da vida e repercutindo na relação paciente-profissional (BIONDO, et al 2018).

Reiteramos que dentro da nossa amostra, apenas dois profissionais citaram conhecimento de teorias bioéticas e conceitos específicos de ética. Ressaltamos que um está se graduando em filosofia, e o outro estudou na pós-graduação stricto sensu. Talvez seja de extrema importância pensar o quanto a ética faz parte das competências básicas de atuação do profissional e seja importante rever currículos e a forma como esse conteúdo é apresentado. Biondo et al (2018) corrobora em seu estudo com a confusão teórica dos discentes dos cursos da saúde para conceituar a bioética, mesmo esses tendo conhecimento acerca dos objetivos e dos conceitos da bioética, pois esta visa ao bem social, respeitando a beneficência, não maleficência, justiça e autonomia. Nesse sentido, reforçamos a importância de pensarmos como trabalhar esses conteúdos que são considerados base para as formações profissionais e transversais a todas as disciplinas.

Uma pesquisa realizada com enfermeiros atuantes em um centro de formação

profissional em Nefrologia do Rio de Janeiro identificou a dificuldade dos profissionais em compreender suas atribuições e competências administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois eles não as têm bem definidas, talvez pela falta de reflexão sobre a sua prática profissional. Apesar de o artigo não relacionar a competência e a habilidade ética, podemos questionar se os achados desse trabalho não se relacionam, pois conforme concluíram os autores, conhecimentos e habilidades incorporados por meio da formação e da prática, poderão direcionar a capacidade de agir com eficácia em determinadas situações (OLIVEIRA; SILVA; ASSAD, 2015).

Martins, Santos e Duarte (2022) trazem o conceito de competência moral e a importância do desenvolvimento do juízo moral de profissionais para que esses possam avaliar as diferentes situações e atuar de acordo com os princípios morais aprendidos durante a formação. Ressaltamos que os serviços de formação na qual foram realizadas as entrevistas podem servir como um laboratório para o contato com dilemas éticos reais durante a atuação em Nefrologia. Marques, et al (2020) identificaram que os estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro consideraram respeito, responsabilidade, paciência e humildade os valores morais mais importantes para a formação médica, e responsabilidade, respeito, paciência e prudência são descritas como os mais estimulados durante a formação.

Nesse sentido, conforme Oliveira, Silva e Assad (2015) concluem as competências devem ser incorporadas por três elementos principais: o conhecimento (o saber); a habilidade (saber-fazer) e a atitude (querer-fazer). Oliveira e Oliveira (2022) demonstram que as competências poderão contribuir para posturas adequadas a diversas situações como nos conflitos de interesse, na relação com paciente e seus familiares, com colegas médicos e demais membros da equipe multiprofissional, como também com seus superiores na instituição, planos de saúde, a indústria farmacêutica e outros.

Silva et al (2018) identificaram que há uma predominância de ocorrências e denúncias éticas que envolvem profissionais recém-formados na enfermagem, e que os princípios da não maleficência e da justiça são os mais violados pelos profissionais, porém também ocorre violação da autonomia e da beneficência. Nora et al (2022) reforçam que os educadores, ao propiciarem o ensino da ética, poderão evitar efeitos negativos e moralmente desafiadores que os profissionais possam vivenciar posteriormente. Sugerimos que a formação ética seja implementada em todos os cursos de formação em Nefrologia, para as diferentes profissões, através da disponibilização de conteúdos que irão favorecer o desenvolvimento de habilidades e atitudes dos futuros profissionais e poderá favorecer o atendimento a usuários que

apresentem condições consideradas como difíceis e geradores de dilemas éticos.

Poderia ser interessante começar o ensino através das temáticas sugeridas pelos próprios entrevistados como: “*o momento de orientar os pacientes pra que eles possam saber dos possíveis tratamentos; início e preparo de diálise; transplantes; critérios expandidos em transplante renal; Nefrologia paliativa; cuidados de fim de vida; o sigilo e as mídias sociais; a abordagem ao doente que se recusa a entrar em diálise; quando interromper diálise em paciente com câncer, ou de pacientes idosos, indicação de diálise em paciente idoso, com câncer ou doenças degenerativas*”.

Para que isso ocorra, é necessário que os professores se tornem conscientes de seu papel de caráter social, e o quanto as discussões relativas a essas temáticas são de suma importância para promover um egresso com todas as características de desejamos (MARQUES et al, 2020). Uma revisão sistemática que buscou identificar quais eram os estudos que demonstram as dimensões importantes da formação médica e que, por vezes, são deixadas de lado durante a graduação, ressaltou que a ética pode ser abordada de maneira sistemática e com métodos pedagógicos já validados na literatura e que podem agregar habilidades, retirando do currículo oculto competências fundamentais para a formação (MOURA et al; 2020).

Reforçando tudo que foi apresentado, uma revisão integrativa realizada evidenciou também a importância do ensino dos conceitos bioéticos para especialistas e residentes em Nefrologia. Os autores sugerem que o ensino desse conteúdo pode impactar diretamente no cumprimento da bioética e permitir uma melhor compreensão dos dilemas éticos vividos, além de compreender melhor a vulnerabilidade dos pacientes e proporcionar um atendimento mais humanizado (DINIZ et al 2019).

Conclusão

Com esse estudo, podemos evidenciar a dificuldade dos profissionais em compreender a importância do estudo de conteúdos que perpassam a clínica e que são primordiais para a atuação. Porém, é nítida a percepção do quanto a ética está presente no contexto de trabalho, especialmente em saúde, e que os profissionais reforçam a consciência coletiva de que a ética é algo intrínseco, perpassada através do *habitus*, e que não necessita ser estudada, pois a ação humana é baseada em princípios como a justiça, beneficência e não maleficência.

Porém, não há como desenvolver habilidades éticas que irão se tornar atitudes, sem o

conhecimento necessário para compreender o papel do outro enquanto indivíduo que necessita de cuidado, mas deve ser capaz de exercer sua autonomia e tomar decisões para com sua vida e tratamentos. Portanto, é necessário rever a matriz curricular dos cursos de formação de especialistas em Nefrologia, especialmente das profissões que foram entrevistadas nesse estudo, e sugerimos a inclusão de conteúdos relacionados à ética e à bioética que poderão favorecer o saber e querer fazer dos profissionais que atuarão nos cenários em que o cuidado perpassa a saúde renal, mas se importa em cuidar do indivíduo e todas as necessidades que ele apresenta devido às mudanças causadas pela inclusão da terapia de substituição renal em sua vida.

Referencias:

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, L. A. R. A. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.

BIONDO, C. S.; *et al.* Perspectivas do conhecimento da bioética pelos acadêmicos de saúde para atuação profissional. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 35, p. 63-74, 2018. . Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, jun 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736 Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRM nº 32, de 8 de julho de 2021**. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Nefrologia. Brasília, 2021. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRM-032-2021-07-08.pdf> Acesso em: 16 fev. 2023.

DINIZ, D. F.; *et al.* Bioética e diálise: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira De Bioética**, v. 14, ed. sup, p. 97–98, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14iedsup.26275> Acesso em: 16 fev. 2023.

FERRARI, A. G.; SILVA, C. M. DA; SIQUEIRA, J. E. DE. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/QrsFhSZP9KHVWDcxQzZTQbw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 fev. 2023.

FRIBERG, I. O.; *et al.* Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. **Peritoneal Dialysis International**, v. 38, n. 5, p. 334-342, 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.3747/pdi.2017.00243?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed& Acesso em: 17 set. 2021.

GOMES, A.P.; REGO, S. Pierre Bourdieu and medical education. **Rev Bras Edu Med**, v. 37, n. 2, p. 260-265, 2013.

HOLMES, D.; PERRON, A. M.; SAVOIE, M. Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, v. 1, n. 12, 2006. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1747-5341-1-12.pdf> Acesso em: 17 set. 2021.

MARQUES, L. M. N. S. DA R.; *et al.* Quais são os valores morais essenciais para a formação médica? **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FD33TnHs5CZhGV5QPvZTybm/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 fev. 2023.

MARTINS, V.; SANTOS, C.; DUARTE, I. Educar para a bioética: desafio em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rqVCMhjwsptWPV3wXxrsqPH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 fev. 2023.

MOURA, A. C. A. DE; *et al.* Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/?lang=pt#> Acesso em: 16 fev. 2023.

NORA, C. R. D.; *et al.* Ética e segurança do paciente na formação em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/sqMWbFNKKqdGHkRGw6GrZZk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 fev. 2023.

OBREGÓN, J. M. V.; ANJOS, M. F. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 4, p. 403-409, 2018.

OLIVEIRA, A. F. DE; OLIVEIRA, E. F. DE. Ética médica e bioética entre estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VjKLpqP39V7Dxy7v7cqVXfb/?format=pdf&lang=pt> Acesso

em: 16 fev. 2023.

OLIVEIRA, E. L. DE; *et al.* Falhas de comunicação e epistemológicas limitam a abordagem da Bioética na formação e na prática em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Lr4qrTYQNSzbzKLJxkcLmXx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 fev. 2023.

OLIVEIRA, N.B.; SILVA, F.V.C.; ASSAD, L.G. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 375-80, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/9789/13777> Acesso em: 16 fev. 2023.

SCHELL, J. O.; COHEN, R. A. Communication Framework for Dialysis Decision-Making for Frail Elderly Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 9, n. 11, p. 2014-2021, 2014. Disponível em: DOI 10.2215/CJN.02190314 Acesso em: 22 jul. 2021.

SILVA, A. L. N. V.; *et al.* Relação entre tempo de exercício profissional e ocorrências éticas em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23058/26826> Acesso em: 23 fev. 2023.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017> Acesso em: 8 jul. 2021.

ARTIGO 5

OS CONFLITOS ÉTICOS PERCEBIDOS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO
DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Ainda será submetido

Os conflitos éticos percebidos no processo de tomada de decisão da Terapia Renal Substitutiva

Ethical conflicts perceived in the decision-making process of Renal Replacement Therapy

Conflictos éticos percibidos en el proceso de toma de decisiones de Terapia de Reemplazo Renal

Resumo:

O processo de tomada de decisão da escolha da terapia renal substitutiva é um momento que necessita de muito cuidado, pois esta influenciará na vida do usuário por um longo período. Os objetivos deste estudo são: investigar se os profissionais percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; e identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados 63 profissionais, incluindo médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo e assistente social, atuantes nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de 4 serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, entre março e setembro de 2022. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pela técnica de Bardin. Na análise dos dados, emergiram 191 unidades de significação e 2429 unidades de registro e, destas, as que tiveram maior frequência de ocorrência foram agrupadas por semelhança e categorizadas em 4 eixos temáticos: O acompanhamento do paciente; O processo de tomada de decisão; A bioética no encaminhamento a TRS; O Termo de consentimento. Foi possível concluir que o processo de tomada de decisão dos profissionais é pautado, em sua maioria, pela beneficência e não maleficência, tentando favorecer a condição clínica que está relacionado ao não funcionamento renal. Porém, muitas vezes, essas ações não consideram a autonomia, a participação do usuário e o quanto esse tratamento pode ser limitante para sua vida e, infelizmente, nem sempre o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão são percebidos por esses profissionais que são responsáveis pela instituição da TRS. O paternalismo ainda é forte e presente na população estudada.

Palavras-chave: Bioética. Insuficiência Renal Crônica. Relação Médico-Paciente.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é uma condição de saúde que necessita de tratamento e que, muitas vezes, servirá para substituir a função do rim que não é capaz de manter a homeostase. Esse tratamento deverá ser realizado por toda a vida. Eles são dolorosos e desgastantes, mas capazes de manter a vida do paciente. Por consequência, a notícia da necessidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) pode ser algo impactante na vida do usuário (DAUGIRDAS; PETER; TODD, 2016; RIELLA, 2018).

A escolha da TRS, quando o paciente se encontra em estágio avançado de doença renal, depende do que é oferecido pelo sistema de saúde. Uma das principais decisões a se tomar é se o paciente irá à clínica periodicamente para diálise ou se ele prefere a independência da diálise domiciliar. O transporte é um ponto importante a ser avaliado, uma vez que não há clínicas para tratamentos disponíveis em todas as localidades, assim como avaliar detalhes da estrutura domiciliar e de apoio de familiares e os aspectos técnicos, como a qualidade da água e da disponibilidade de eletricidade que são primordiais para que a terapia seja realizada com qualidade (DAUGIRDAS; PETER; TODD, 2016).

Vale ressaltar ainda que o usuário, juntamente com a equipe de saúde, pode identificar que a melhor alternativa seria não realizar nenhuma modalidade de TRS. Isso acontece especialmente com idosos que consideram o impacto na morbidade e na qualidade de vida associado à diálise. Eles preferem adiar a diálise até que haja uma indicação definitiva ou podem optar por um tratamento conservador sem diálise. Essa abordagem pode incorporar todos os tratamentos para DRC que não sejam diálise, como o fornecimento de apoio psicossocial e espiritual, o tratamento de sintomas e também uma abordagem de cuidados paliativos com menos monitoramento nos parâmetros médicos e mais foco no uso de terapias medicamentosas direcionadas ao alívio dos sintomas (MOURA-NETO; MOURA; SUASSUNA, 2018; ROSANSKY *et al.*, 2017).

Para os nefrologistas, esse é um processo de tomada de decisão complexo, que pode gerar um conflito de cunho ético. É preciso analisar aspectos éticos, legais e clínicos que estão envolvidos em cada caso. Alguns fatores dificultam esse processo de tomada de decisão, como a expectativa de que alguma alternativa de tratamento seja direcionada pelo médico, considerando assim o paciente como a melhor possibilidade para seu caso; o incentivo monetário para realização de TRS, uma vez que o financiamento do SUS para as clínicas ocorre por procedimentos realizados em cada paciente, e muitos desses serviços têm como

proprietários os médicos que são os responsáveis por prestar a assistência e orientar as modalidades de tratamento disponíveis para esses pacientes; e o treinamento inadequado dos profissionais para lidar com a possibilidade de não realização de tratamento e aceitação do fim de vida, reforçando o paternalismo presente na atuação de profissionais de saúde contrários à decisão e à autonomia do usuário. Vale destacar que, mesmo que a diálise não seja uma opção, pela vontade do paciente ou pela condição de saúde apresentada, é possível fornecer um cuidado digno e que garanta qualidade de vida, mantendo esse usuário em tratamento conservador (MOURA-NETO; MOURA; SUASSUNA, 2018).

Além do médico, ressalta-se que os demais profissionais atuantes na equipe de tratamento conservador têm um papel primordial no processo de educação em saúde. Com o diagnóstico e a progressão da doença, ocorrerão muitas mudanças na vida do paciente. Por esse motivo, é necessário trabalhar com aceitação, ansiedade, depressão, possibilidade de declínio cognitivo e redução da qualidade de vida (FERNANDES, 2014).

A Portaria Nº 1.675/2018 estabelece que o usuário deve ser o foco desse processo de escolha e decisão sobre qual a modalidade de TRS ele realizará. Participar desse processo é efetivamente realizar escolhas dentro das possibilidades, segundo a condição clínica de saúde desse usuário e os tratamentos disponíveis no SUS, em associação ao desejo do usuário. Já é conhecido que a educação do usuário e o apoio de profissionais, oferecidos anteriormente ao momento da tomada de decisão, podem auxiliar na escolha por modalidades que se adequem a rotina, como as realizadas no domicílio ou até mesmo por uma que proporcione maior qualidade de vida (BRASIL, 2018; DAUGIRDAS; PETER; TODD, 2016; MORTON *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivos: investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; e identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados os profissionais atuantes nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de quatro serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. Todos os 65 membros atuantes nas equipes multiprofissionais, incluindo médico, nutricionista, enfermeiro,

psicólogo e assistente social, conforme recomendado para composição da equipe mínima atuante (BRASIL, 2018), foram convidados a participar. O contato para convite foi feito através de e-mail ou telefone fornecido pelos chefes de serviços. Foram explicados os objetivos da pesquisa, como ocorreria a participação e, após o aceite, as entrevistas foram agendadas conforme preferência e disponibilidade dos profissionais. Dois profissionais estavam de férias no momento do encerramento da coleta de dados e, por esse motivo, foram excluídos, totalizando ao final 63 entrevistas, sendo: 61 ocorreram de forma presencial nos serviços em que os profissionais atuavam em local restrito, para garantia de sigilo; e 2 realizadas virtualmente, por meio da plataforma Google Meet. Todas ocorreram somente após leitura, concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas aconteceram entre março e setembro de 2022, seguindo o roteiro estruturado que continha perguntas relacionadas como acontece o processo de tomada de decisão para instituir a TRS, se é uma decisão individual ou equipe e quem são os profissionais que participam, como o profissional esclarece os pacientes sobre todas as modalidades de tratamento disponíveis, e se esse acredita que isso é uma competência da sua profissão; o profissional considera que o paciente pode escolher a melhor modalidade para ele e o porquê pode ou não escolher.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com duração média de 5 minutos; posteriormente, foram codificadas com a letra “E” seguida ao número de ocorrência, transcritas na íntegra, sem devolução aos participantes e realizada a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 2016), sem utilização de software. As falas foram agregadas, sintetizadas, ordenadas e categorizadas por semelhança e repetição, emergindo então em temas. Todas as etapas foram realizadas pela enfermeira, doutoranda e pesquisadora principal. Não foi trabalhada a saturação dos dados, uma vez que a proposta foi entrevistar todos os profissionais atuantes nas equipes dos quatro serviços.

A pesquisa foi realizada respeitando a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O trabalho faz parte dos dados de uma tese de doutorado intitulada “Implicações Bioéticas na escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das 4 instituições coparticipantes, possuindo os seguintes CAAE: 54898422.1.0000.5240; 54898422.1.3004.5259; 54898422.1.3002.5257; 54898422.1.3001.5253; e 54898422.1.3003.5258.

Resultados

Na análise dos dados, emergiram 191 unidades de significação e 2429 unidades de registro (UR). As unidades de significação que tiveram maior frequência de ocorrência foram agrupadas por semelhança e os principais achados apresentados nesse estudo. Foram identificados 4 eixos temáticos, sendo esses: **O acompanhamento do paciente; O processo de tomada de decisão; A bioética no encaminhamento a TRS; e O Termo de consentimento.** O quadro 1 apresenta essas categorias e um resumo dos seus significados e principais achados.

Quadro 1. Categorias emergidas da análise de conteúdo de Bardin realizada nas entrevistas com os profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC.

O acompanhamento do paciente	Como é o acompanhamento do paciente no ambulatório 44 UR (1,81%)	Baseado na beneficência , foi apresentado que é um acompanhamento ambulatorial prolongado (por anos), com a equipe multiprofissional; para retardar a progressão da doença e conservar o funcionamento renal através do acompanhando exames de sangue, uso de medicamentos e mudanças na alimentação. Foi considerado o mais produtivo e a situação ideal, pois o paciente entende a doença; contínuo e em todos os estágios, preferência a partir do estágio 3A para ter tempo para preparar em várias consultas, com rotina de acordo com as fases da doença, explicando a necessidade de um dia precisar de TRS e ser encaminhado para um centro de tratamento;
	A orientação do paciente sobre o curso da doença 55 UR (2,26%)	Baseado na beneficência , os profissionais colocaram que é oferecer conhecimento e esclarecer: o que é rim, a doença (“ <i>algo está morrendo nele</i> ”), ausência de sintomas; que não tem como melhorar e que sempre progride, de forma natural; se ainda existem coisas que o paciente pode fazer para se ajudar: adesão leva à progressão lenta e a falta desta leva à progressão rápida; falência renal, o que é TRS, explicar que vai chegar o momento da diálise, se está próximo; planejar; oferecer opções; necessidade de ter um acesso (a maioria citou a fístula; apenas 1 pessoa citou Tenckhoff), que é para a vida inteira e causa mudanças; é um discurso construído para o paciente se familiarizar; o que fazer quando iniciar os sintomas. Reforçado o papel do profissional nesse caminho, pois dificilmente o paciente tem acesso à informação sozinho. Dois profissionais citaram que iniciam a orientação quando o paciente está com piora da função renal: <u>E59</u> “ <i>Eu começo geralmente a conversar quando eu vejo que o paciente está caminhando para diálise, tá perdendo função renal</i> ”. Foi reforçado o paternalismo e o controle do profissional sobre a saúde do usuário em algumas falas, como: <u>E44</u> “ <i>é... quando a gente não consegue mais impedir que ele fique fora da terapia renal substitutiva</i> ”.
	Orientação sobre as modalidades de TRS 90 UR (3,70%)	Ancorado na justiça , o relato da maioria foi de abordagem de todas as três modalidades de TRS, detalhadamente como elas são feitas, mas sem tratar de especificidades técnicas; houve relatos de direcionamento da orientação para uma terapia: HD – a mais frequente, especialmente nas situações de urgência; DP – quando há possibilidade e disponibilidade no serviço; TX – que muitas vezes não pode ser a primeira opção, pois entre vivos (como o preemptivo) depende se há um doador; ou falecido em que o cadastro na fila só é possível após início de HD ou DP. Sete relataram falar de 2 modalidades (DP e HD); 1 afirmou só falar de HD. Podemos identificar que a fala é direcionada de acordo com a realidade e vivência do profissional, como alguns exemplos a seguir: <u>E19</u> “ <i>Falo pra não dizer que não falei (risos). Mas não falo dizendo que seria opção</i> ” <u>E22</u> “ <i>que que que... ele tem que conhecer para ele saber o que que ele vai fazer</i> ”

		<u>E24</u> “A gente diz que existe por alto as duas modalidades, até às vezes fala do transplante” <u>E44</u> “Sim. Assim, a gente fala dos métodos que a gente tem”
Como faz a orientação das TRS e o uso de suporte tecnológico 99 UR (4,07%)		Foi relatado uso de fotos, imagens, ilustrações, principalmente as disponibilizadas na internet em que o profissional usa o celular pessoal para mostrar; realizam atividades lúdicas, faz desenhos, apresentação em slides, usam cartilhas, vídeos institucionais, materiais criados no serviço ou até mesmo disponibilizados pela indústria. Oito profissionais relataram levar os usuários no setor para mostrar equipamentos, cateteres e o uso de boneco modelo para DP. Foi relatado indicar que o paciente busque vídeos na internet (especialmente no site da sociedade brasileira de Nefrologia) por 4 profissionais. 1 profissional relatou a realização de <i>lives</i> pela sociedade de Nefrologia do Rio de Janeiro para disponibilização de informação a usuários. Três relataram que realizam o cálculo da taxa de filtração glomerular pela calculadora online e que essa é uma boa estratégia para explicação. Entretanto, 14 relataram não usar material de apoio e utiliza apenas a fala para orientação. Desses, 1 disse não ter computador disponível para auxiliar, e 2 acreditam que deveriam começar a usar alguma forma de apoio, pois é uma estratégia interessante.
O profissional compreende a orientação das TRS como sua competência 43 UR (1,77%)		A maioria dos profissionais compreende como sua competência a orientação da TRS: <u>E52</u> “Ah, com certeza. Nossa, minha, total minha competência. Minha obrigação!” E veem seu papel como orientar, tirar dúvidas, medos e angústias: <u>E25</u> “isso aqui, eu gosto das coisas muito claras, em todos os âmbitos, é eu acho que a gente tem que explicar, às vezes é cansativo, mas você tem que explicar porque só você explicando é que a pessoa tem condição de fazer opção, melhor opção” ... “quando eles têm dúvida ainda ficam é naquela dúvida a gente, elas me chamavam, ah olha, ele tá com dúvida, e aí eu explicava, quantas vezes for necessário. No grupo, 2 profissionais não sabem se a orientação é sua competência e, desses, 1 relata ter dificuldade para saber qual é seu limite de atuação. Quatro relatam que não é sua competência, 1 relata que é uma responsabilidade médica.
Como verifica se o paciente compreendeu todas as modalidades de tratamento 44 UR (1,81%)		Seguindo a beneficência , foi relatado que pergunta o que ele sabe, se entendeu o que foi explicado, pede para repetir, questiona se entendeu como é o procedimento; às vezes o paciente já vem com dúvidas; pergunta o que o médico falou com ele: <u>E12</u> “eu tiro todos os termos técnicos possíveis pra que ele consiga acessar isso” ... “então, eu tento simplificar ao máximo ali pra que o paciente me acesse. E outra, que é uma perguntinha básica que poucos profissionais fazem: Entendeu?” ... “Né? porque assim, aí eu vou ver se você entendeu mesmo.” <u>E49</u> “eu sempre coloco isso assim, se naquele momento tem alguma dúvida? Quer perguntar alguma coisa né? ou então assim: tá, num tá, quer digerir essa informação? levar pra casa, quer pesquisar, traz pra gente as perguntas, anota, né?”
Agudização da		Infelizmente, no curso natural da doença, em algum momento, o usuário crônico apresenta piora dos

<p>DRC que leva a TRS</p> <p>31 UR (1,27 %)</p>	<p>níveis séricos, inicia com sintomas urêmicos que identificam a agudização da doença e agravam o quadro e necessita entrar em TRS. Em situações de doença aguda, falta preparo e orientação sobre a doença. Foi relatado que, muitas vezes, esses chegam a serviços de emergência e, nesse momento, o usuário entra em terapia. Normalmente aceita sem questionar e tem o desejo de iniciar o tratamento, para que tenha os sintomas aliviados. Percebemos uma quebra da autonomia e dificuldade de reconhecer o conflito vivenciado nesse momento. <u>E18</u> “<i>então, ele já no mesmo dia, ele já interna e já começa a preparação, a organização prum início de terapia dialítica de urgência</i>” ...”<i>de forma urgente o tratamento</i>”. <u>E41</u> “<i>É... é diferente de quando chega um paciente é que, que tem sintomas mais importantes de lesão renal aguda, e a gente precisa colocar em diálise, né?</i>” ... ” e, muitas vezes, ele mesmo não está em condição de contestar, vamos dizer assim, de de de discutir, de negar, de é de questionar qualquer coisa que seja. Acho que é nesse sentido.”. <u>E46</u> “<i>mas acaba que quando eles ficam muito sintomáticos, batem aqui passando muito mal, aí as pessoas sempre acabam aceitando</i>” <u>E49</u> “<i>o paciente geralmente não questiona né? e ou o paciente que chega muito grave e que não é capaz de tomar a decisão, e a gente tem que colocar na urgência pra depois quando ele melhora, ele: poxa, que bom que eu melhorei ou que bom que eu fiz a diálise, porque eu não fiz antes...</i>” <u>E55</u> “<i>e infelizmente tem aqueles em momentos de agudização e que não tiveram muita escolha, e a gente coloca HD</i>”</p>
<p>Como inicia (em qual) TRS no serviço</p> <p>20 UR (0,82 %)</p>	<p>Foi reforçado que o início é comumente pela Hemodiálise: <u>E14</u> “<i>porque provavelmente, quando chegar o momento, você vai começar a dialisar por hemodiálise</i>” Ressaltando a impossibilidade da escolha do paciente: <u>E8</u> “<i>Aqui, eles não têm essa opção</i>”, reforçado uma tendência da formação: <u>E2</u> “<i>A gente, normalmente, na nossa formação de nefrologista, a gente tem uma tendência a colocar mais em hemodiálise que diálise peritoneal</i>” Muitas vezes evidenciada por dificuldades encontradas no serviço, como a não disponibilidade de todas as TRS: <u>E20</u> “<i>É porque aqui a gente só tem a hemodiálise né? a princípio, né?</i>”.</p>
<p>Possibilidade de mudar de TRS ao longo do curso da doença</p> <p>21 UR (0,86 %)</p>	<p>Há possibilidade de migrar de TRS ao longo da doença e escolher aquela se adequa melhor ao perfil do paciente. É importante que isso fique claro e esclarecido para o usuário para que ele compreenda que nenhuma escolha é definitiva e que ele pode querer fazer essa mudança ao longo de sua vida: <u>E1</u> “<i>E eu falo que assim, o importante é que ele tem no curso da doença renal, ele tem a oportunidade de escolher e de usufruir delas, porque cada modalidade também tem seu tempo</i>”... “<i>Ela não vai ser sempre essa modalidade</i>”... “<i>a hemodiálise é melhor, mas pode ser que daqui a cinco anos não seja</i>”. <u>E18</u> “<i>ele pode, pode e deve migrar pelos tratamentos, né?</i>”. <u>E25</u> “<i>o paciente não quer assumir a responsabilidade do tratamento e, aí, óbvio, você tem o cardápio das outras diálises</i>”...”<i>ou seja, ele</i></p>

		<p>hoje tá na hemodiálise, ele pode ir pra diálise peritoneal"...mas nada impede que ele vai pra peritoneal, depois vai pra hemodiálise, depois vai pra transplante e aquele ciclo que a gente entende". E51 "Ele da DP pode ir pra HD, da HD pro transplante, do transplante voltar pra HD".</p>
<p>O processo de tomada de decisão</p>	<p>Quem toma a decisão de iniciar a TRS</p> <p>26 UR (1,07 %)</p>	<p>Foi relatado pela maioria que é uma avaliação técnica, com tomada de decisão feita pelo profissional médico (individualmente ou com a equipe médica – em caso de residentes) E4 "Mas em consultório, em geral, a decisão é minha (médica)". Um profissional deu enfoque a não participação da equipe ou discussão com essa. Infelizmente esse cenário representa uma característica forte do paternalismo presente nos serviços de saúde ainda atualmente.</p> <p>Uma fala importante e que ressalta a participação do usuário no processo foi apresentada por 2 profissionais que frisaram ser uma conversa juntamente com o paciente e não há tomada de decisão sem a participação deste: E25 "porém, é eu nunca decidi por doente nenhum" e E56 "Essa decisão é conjunta sempre, nunca é só o nosso" Foi reforçado que: E28 "mais em última análise, a decisão é sempre dele (paciente)", demonstrando a existência de uma tomada de decisão compartilhada.</p>
	<p>O que direciona a tomada de decisão</p> <p>73 UR (3,00%)</p>	<p>Foi relatado que a tomada de decisão é direcionada por parâmetros clínicos e laboratoriais: E27 "é, na verdade do ponto de vista médico, são, são, avaliações muito objetivas, não tem nada subjetivo, você tem critérios já estabelecidos pra isso" Porém, E4 "Não é um número que vai colocar o paciente em diálise, é o contexto clínico que ele, em que ele está inserido"; E21 "aquele número mágico clearance abaixo de 10 para todos os pacientes e abaixo de 15 para crianças e diabéticos, é nem sempre é utilizado". São consideradas questões sociais, econômicas e de possibilidade de tratamento, cognição e a consciência da doença e sua evolução, apoio familiar, o estágio da DRC, a TFG e sua piora, a idade, o momento em que acontece e como se "encara", a confiança do usuário, ter sintomas, possibilidade de acesso, estar em urgência e sem alternativa foram citados como condições que precisam ser avaliadas. Para a indicação de DP, são casos específicos como aqueles com dificuldade de acesso vascular ou com condições cardiológicas importantes.</p>
	<p>Motivos / Indicações / Sintomas para iniciar a TRS</p> <p>48 UR (1,97%)</p>	<p>Foram citados como critérios para direcionar a tomada de decisão: piora do clearance / queda da taxa de filtração glomerular (<10 ou estágio 5), perda de apetite e dificuldade para se alimentar, náuseas e vômitos, perda de peso e perda de massa muscular, hipervolemia e edema, cansaço e fadiga, desnutrição, piora do sono, prurido, hipoalbuminemia, hipercalemia, proteinúria, PTH alto ou distúrbio mineral ósseo, sintomas urêmicos, hipertensão, congestão, diminuição da diurese, sinais de acidose, anemia e sarcopenia. Podendo ser em critérios de urgência ou eletivos. Vale ressaltar que pacientes têm tolerância diferenciada às alterações e é necessária uma avaliação individual: E10 "mas ele não pode tar completamente assintomático, nem deve estar muito sintomático... É que você vai chegar a essa</p>

		<i>conclusão, junto com os exames laboratoriais, que chegou a hora do doente começar a fazer terapia”</i>
Tomada de decisão compartilhada 67 UR (2,75%)		Ao questionar como é o processo de tomada de decisão, claramente a maioria dos profissionais pensa no respeito à autonomia do usuário e acredita ser importante a participação dele: 19 responderam ser entre o profissional médico com o paciente; 4 entre o profissional, paciente e familiar. Um Nutricionista e 2 Psicólogos citaram que participam do processo junto ao usuário. Infelizmente houve relato de desrespeito à autonomia do usuário : 6 profissionais relataram ser uma decisão entre médicos (especialmente entre o residente e a preceptoria/staff); 6 em conversa ou reunião com a equipe, não citando a participação do usuário; 4 entre o médico e o familiar (não citaram o paciente); e 1 relata tomar a decisão sozinho. <u>E43</u> ” Geralmente <i>a decisão de iniciar a terapia é a gente toma, eu geralmente com o staff e aí comunicando isso pro paciente</i> ”, percebemos uma fala pouco expressiva da participação de toda equipe nesse processo e foi reforçado por 2 profissionais que deveriam participar o médico, enfermagem, psicologia e o paciente, sendo complementado pela fala a seguir: <u>E15</u> “ <i>E o profissional médico convida o profissional multi para contribuir num momento em que já tá decidido e já tá posto, entendeu?</i> ” ... “ <i>então, eu entendo que essa construção poderia ser, essa participação poderia acontecer, antes né? das coisas começarem a dar algum problema, entendeu?</i> ”
Paciente pode escolher a melhor modalidade de TRS? 98 UR (4,03%)		Quando questionados se o usuário pode escolher a melhor terapia, foi unânime para 49 profissionais que sim, sendo retratado que não só pode como deve e é direito dele. Dois relataram que depende, especialmente se o paciente tiver condição sociocultural, se for esclarecido, orientado, desde que não tenha contraindicação formal médica ou de enfermagem a alguma terapia. Sete relataram que deveria poder, mas não é uma realidade na prática assistencial: <u>E31</u> “ <i>Poder ele pode! Só que geralmente não é sugerido (risos)</i> ”; <u>E35</u> “ <i>Então, algumas vezes é possível escolher. Mas por vezes os pacientes já chegam num quadro clínico, né?</i> ”. Três profissionais não responderam exatamente se o usuário pode ou não: <u>E40</u> “ <i>Eu acho que ele não tem o conhecimento, né, do que, dessas modalidades</i> ” Vale reforçar que é papel do profissional orientar e promover a autonomia do usuário. Dois responderam que não é direito do usuário fazer essa escolha: <u>E45</u> “ <i>Não. A maioria mesmo é hemodiálise, eles não escolhem</i> ”
Como o profissional se coloca perante a escolha do paciente 25 UR (1,02%)		As falas são bem contraditórias: apresenta o que é possível para o tratamento (seja por contra indicação clínica ou por indisponibilidade de vaga), respeita a escolha do paciente sobre qual terapia ele gostaria de fazer ou não, dentro das possibilidades, sem direcioná-lo para alguma terapia. O paciente pode escolher a modalidade que gostaria de fazer, mas não pode escolher se vai fazer ou não o tratamento. Há também contradição nas falas entre o respeito à autonomia e a privação deste : <u>E55</u> “ <i>E a gente acata a condição dele, desde que seja uma coisa que faz sentido, é da parte médica, né?</i> ” ... “ <i>Então, enquanto está lucido e orientado, a gente não coloca ninguém HD que não queira</i> ”. Outros exemplos:

		<p><u>E4</u> “Se for, se eu estiver de plantão (rsrs), vamos dizer assim e tiver que botar o paciente para dialisar, ele vai dialisar”; <u>E27</u> “É então assim, eu deixava claro pra ele que se ele não fosse seguir minhas orientações, ele ia morrer e eu não queria ser responsável por isso”... “Então, mas eu melhorei um pouquinho com o tempo, em relação a isso”; <u>E56</u> “Então, a gente conversa e expõem como acontece e tem paciente que se nega, e aí aí faz parte do do processo”</p>
	<p>Profissional direciona a TRS - que ele considera legível</p> <p>20 UR (0,82%)</p>	<p>Os profissionais relatam que encaminham os usuários para modalidades que consideram a melhor, certa ou indicada para o usuário: <u>E26</u> “A gente expõe nossas ideias, né?”...” obviamente a gente fala o que seria mais benéfico pro paciente até pra qualidade de vida dele”; <u>E28</u> “da sempre um conselho do que que a gente entende como sendo o melhor”; <u>E47</u> “eu tento orientar a melhor técnica, a melhor prática pra ele em si”; <u>E48</u> “E eu acho também que o médico pode contribuir pra ele escolher a melhor modalidade pra ele”; <u>E59</u> “e eu acabo também dando a minha opinião, dizendo o que eu acharia o método mais recomendado para ele, e aí passo isso para o paciente”; Independente de qual seja a terapia: <u>E13</u> “Se é um paciente que eu considero legível para DP eu sempre tento oferecer DP antes”; <u>E24</u> “porque assim, são 2 opções, só que eu teria que dizer olha você tem essas opções, só que esse é mais adequado, entendeu?”...” ou seja, basicamente a gente empurra o paciente pra hemodiálise”; <u>E37</u> “dificuldade pra terapia de diálise peritoneal, a gente não, não deixava a participação dele, a gente já indicava a hemodiálise”. Porém, há também uma preocupação se essa atitude, clássica do paternalismo comum na atuação do profissional de saúde: <u>E49</u> “eu questiono um pouco isso, mas eu acho que é uma mudança de paradigma, né? a gente tem muito aquela postura do da gente tomou a decisão correta, né? assim eu fiz o melhor que eu pude, né?”; <u>E42</u> “Eu acho que talvez entre mais na questão de você é, ser tendencioso a optar pelo método do doente, entendeu?” ...” Às vezes, por exemplo, a gente não opta pra botar um paciente em TRS de transplante, porque ele não vai ter condição e cabeça de tomar o remédio, entendeu? Mas talvez tivesse que conversar com a família melhor”</p>
	<p>Participação da família na tomada de decisão</p> <p>41 UR (1,68%)</p>	<p>Foi citada a importância da participação da família: <u>E63</u> “Sim, a gente quando chega nesse estágio é muitas vezes a gente até está com um familiar do lado, né? Seja um filho, ou seja, uma filha, seja um pai, uma mãe, enfim, um irmão, entendeu?”, especialmente pela presença de muitos pacientes idosos: <u>E17</u> “eles vão às consultas sozinhos, às vezes uns velhinhos crônicos sozinhos na consulta: você veio sozinho? Sim, sozinho. Não tem um acompanhante que leve ele”. Às vezes não é idoso, mas também é importante que ocorra a participação da família, especialmente nesse momento de início da TRS: <u>E60</u> “E sempre pede para vim a família. Paciente que tem clearance baixo, assim a gente sempre pede para ver um familiar. É o cara é totalmente dependente, de quarenta anos de idade, mas já é... já vem com a</p>

		<p><i>família, porque é bom que você explica para a família junto que a gente acha legal a família participar um pouquinho desse”, pois muitas vezes o início de terapia causará mudanças: E15 “geralmente para as famílias. Impacta muito na vida, na rotina dessas famílias”; E18 “E o familiar sente junto. Então, o familiar que acompanha fala, vem com essa, com essa, essa angústia junto. Cê vê que os dois tão sentindo essa transição, né?” ... “a gente pede até pra que se ele vier sozinho que na consulta seguinte ele possa trazer um familiar para ajudar na tomada de decisão, até porque são decisões que envolvem a família”. É reforçada a importância dessa participação, mas que essa não pode tirar a autonomia do usuário: E26 “mas aí vem o familiar, que não quer, que não quer, e aí fica um embate entre, né? e aí a gente não decide isso, né? Na verdade quem tem que decidir é o paciente” e estimular a compreensão dessa família que num momento de urgência pode ser necessário que ela se responsabilize pela tomada de decisão: E25 “Aí, chamei a mulher, chamei os filhos, não, não vai fazer!”...“então, eu falei com a mulher, oh, chamei e falei ele não quer, não tem mais o que eu possa fazer”...“isso tudo eu falei com ele, mas falei com ela também, com os filhos”...“é de, tudo que eu falei vai chegar uma hora que vai, essa bomba vai estourar na sua mão, na hora que ele tiver numa emergência ainda vão botar o que a senhora vai fazer, a senhora tem que pensar sobre isso, Entendeu?”</i></p>
	<p>Apoio da equipe no processo de tomada de decisão</p> <p>23 UR (0,94%)</p>	<p>Foi relatada a participação da equipe por 8 profissionais, e se precisar a psicologia auxilia, a enfermagem participa e que, quando necessário, o profissional dialoga com os demais para auxiliar ou até mesmo conversa com o paciente. Porém, 1 relatou que não participa de nenhum processo e 1 relatou que há uma divisão entre profissionais, ressaltando que esse apoio pode não ser satisfatório como demonstrado na fala a seguir: E15 “E no momento em que já tá decidido, tá posto e que encontrou alguma resistência na família, encontrou alguma dificuldade de entendimento da família, de aceitação, entendeu? É nessa hora que o profissional multi é convidado a entrar”</p>
	<p>Vivência de problema bioético na atuação profissional</p> <p>108 UR (4,44%)</p>	<p>Há uma dificuldade de identificar a vivência de problemas bioéticos por parte dos profissionais. E3 “Mas eu nunca tive um problema de fato, que foi parar, sei lá, na ouvidoria ou alguma coisa assim. Não, nunca tive.” Vinte e um profissionais relatam que nunca vivenciaram problema bioético; 5 acreditam que sim, mas não se recordam. Dentre os que relatam problemas, o mais frequente foi a recusa de paciente a dialisar, citada por 19 profissionais. Porém, alguns não compreendem isso como um problema, sendo essa expressa como direito do paciente em decidir sobre sua vida, ou seja, evidenciamos o respeito a autonomia: E27 “É muito comum o paciente não aceitar a terapia, mas eu não enxergo isso como sendo um problema bioético, eu enxergo isso como sendo normal o paciente se recusar a iniciar um método de diálise”. Foram citados como problemas vivenciados: paciente chega em urgência dialítica a uma unidade e não ser possível obter seu consentimento; a realização de diálise</p>

<p>A bioética no encaminhamento a TRS</p>		<p>que gera mais sofrimento do que qualidade de vida (por 2); no processo do transplante; não aderência ao tratamento; recusa de transfusão por Testemunha de Jeová; problema com colega de profissão (por 2); culpar o médico por qualquer complicação que aconteça com paciente; medicação causando efeito colateral, e médico se recusou a mudar; profissional de saúde que incentiva negativamente o paciente sobre TRS; realização de pesquisa; interesse da indústria; solicitar biópsia para justificar abortamento; ocultar diagnóstico do paciente (por 2); nutrir ou não paciente fim de vida; não ofertar tratamento ao paciente (por 3); e 2 profissionais disseram que são tantos problemas que nem conseguem descrever.</p>
	<p>Como usa a bioética na atuação / tomada de decisão profissional</p> <p>43 UR (1,77%)</p>	<p>Foi reforçada a importância do respeito à autonomia do sujeito com falas de orientação do usuário para proporcionar um atendimento ético, para que ele possa compreender seus direitos, como exemplificado a seguir: <u>E1</u> “<i>porque primeiro quando você apresenta a ele, explica para ele as modalidades, e permite que, de uma certa forma, ele tenha esse conhecimento né? você tá tratando ele de uma forma bioética</i>”. Porém, há uma preocupação com o início de TRS em urgência, pois segundo os profissionais, nesse momento é difícil promover e respeitar a autonomia do usuário: <u>E4</u> “<i>Eu falo: óh, quando ele passar mal, vai ser levado para o hospital desacordado e lá assim, ninguém vai perguntar se vai começar a dialisar ou não</i>”. Essa fala simboliza a quebra da autonomia por não pensar e respeitar a vontade do paciente, com um seguimento da beneficência – realizar o procedimento e salvar a vida, sendo essa uma fala recorrente, especialmente na urgência: <u>E13</u> “<i>E uma entrou de urgência mesmo, chegou desacordado no hospital e teve que entrar de urgência e não pode é... porque eu achei que se eu não botasse em diálise em uma situação de urgência, eu ia estar fazendo uma omissão de socorro, negligência, essas coisas</i>”. Nesse sentido, uma descrição interessante foi a de continuidade da assistência em casos que o paciente recusa o atendimento, em que temos 2 exemplos: <u>E25</u> “<i>Mas eu achei que não seria ético talvez, é, eu sei que isso é possível. A ética me permite isso, meu conselho diz: se o doente diz que não quer fazer aquilo que você indica, você pode dizer que não quer o doente. Mas aí vem o outro lado, que não é só o lado da ética, é o lado humano... então assim. Aí assim, onde tá a ética, onde tá a humanidade, onde tá aí são outras questões associadas a isso, entendeu?</i>”; <u>E27</u> “<i>inclusive já mudei minha postura diante do paciente por conta disso, com o passar dos anos... Eu acho que eu comecei a entender assim, eu acho que eu passei a ser mais resiliente em relação ao paciente. É eu achava antigamente que, quando eu tava colocando a vida dele em risco, eu como médica, eu não podia continuar atendendo ele, porque se ele morresse, a culpa era minha, eu via dessa maneira... Com o tempo, eu mudei um pouquinho, eu amenizei um pouquinho esse discurso (risos) e passei a falar a mesma coisa de uma maneira talvez mais suave</i>”. Um outro relato importante foi a limitação imposta pelo serviço e que gera problemas éticos em que os profissionais precisam lidar:</p>

		<u>E32</u> “ <i>Mas assim, a gente precisa saber lidar também com as limitações do sistema e tipo entender e conseguir fazer o melhor pelo paciente, cada caso, né?</i> ”
Dificuldade de acesso a DP 40 UR (1,64%)		O relato dos profissionais sobre a indisponibilidade de vagas de DP é constante, reforçando a necessidade de avaliar a justiça distributiva . E por esse motivo é difícil encaminhar pessoas para essa terapia. Além disso, a dificuldade para implantação de cateter de Tenckhoff e o tempo de espera para sua maturação são apontados como fatores que também pesam na decisão. Isso foi relatado como sendo um problema em todo o Rio de Janeiro. Nem todos os serviços em que foram realizadas as entrevistas apresentam programa de DP e os que o possui relataram a dificuldade de inserção de novos usuários, pois os programas encontram-se lotados. Um ponto importante relatado é que muitos pacientes nem sabem da existência desta TRS, pois os profissionais evitam falar de sua existência, pois caso haja interesse, não haverá disponibilidade de encaminhamento: <u>E18</u> “ <i>nesse momento, ele nem tem opção de diálise peritoneal</i> ”; <u>E24</u> “ <i>Vou ser sincera: a gente praticamente não... esquece DP. Não existe na nossa cabeça, porque poucos os locais que recebem... porque a nossa instituição não tem DP... Você num tem o próprio, quando você tem um paciente que está em DP, cê tem um caos, sobretudo internação! Só o Cardoso, não sei o que, não tem vaga. O paciente fica meio desguarnecido... e no SUS a gente tem a dificuldade sobretudo da... mas o, a, o ambiente que a gente trabalha que também ele não nos dá muita oferta de DP</i> ”.
Direito de recusa do paciente 29 UR (1,19%)		Foi enfatizado pelos profissionais que o paciente pode não querer a TRS ou não aceitar, sendo uma terapia específica ou fazer qualquer tratamento. É direito de este manter-se em tratamento conservador. No TX, o doador pode se recusar, e o receptor também. É direito de ambos! O profissional não pode obriga-lo a realizar a TRS. <u>E44</u> “ <i>Já teve paciente que tinha indicação, e a gente encaminha o doente, e o doente fala que não quer de jeito nenhum e o doente foi embora</i> ”; <u>E45</u> “ <i>Influencia porque tem pacientes que se recusam, né, a iniciar a terapia renal, mesmo você explicando os benefícios, que o rim dele não está funcionando mais... O paciente ele não, é foi no ambulatório, ele não aceitou começar o tratamento e depois ele não retornou mais. Então, a gente nem sabe o que aconteceu com ele</i> ”; <u>E54</u> “ <i>até porque os pacientes em geral não sabem, né, que existe isso, que é, que ele tem esse direito digamos assim né? então eu acho que tem que partir do profissional de passar isso pra eles né?</i> ” <u>E57</u> “ <i>tem uns pacientes até que se negam, mesmo com Indicação de entrar em HD... A gente aceita a opinião do paciente, lógico, né? A gente não pode forçar ninguém</i> ”
Diferença de orientação para jovem e para idoso		Há uma moralidade presente nas falas que expressa essa diferença de tratamento e especialmente o que se aceita de acordo com a faixa etária: Fala-se sobre transplante com doador vivo (preemptivo) com pacientes jovens; jovens devem transplantar rápido. Idoso não deve transplantar; idosos com

	27 UR (1,11%)	<p>comorbidades tentam encaminhar para DP; se aceita idosos recusarem TRS e morrerem em conservador.</p> <p><u>E9</u> “então pacientes muito idosos, eu não indico o transplante. Nos pacientes jovens, além da hemodiálise e da diálise peritoneal, eu sempre faço um reforço maior a respeito do transplante, pra recuperar esse paciente, pra sociedade. E nos pacientes idosos, eu recomendo a diálise peritoneal, a hemodiálise, e eu já recomendei a palição” Claro que não podemos esquecer que existem as indicações clínicas. Mas é necessário repensar falas como as apresentadas a seguir: <u>E26</u> “E aí dependendo da idade eu vou falar da, no caso pacientes mais velhos, com muitas comorbidades, eu vou falar geralmente que tem 4 opções né?... só que dependendo da idade, eu nem toco no assunto em relacionado ao transplante, e eu acabo ficando entre esses três principais. Geralmente o transplante eu falo mais pro paciente de até uns 60 anos assim, ou até 70 se não tiver comorbidade importante a gente também conversa... Então o que geralmente eu faço, então, eu converso com ele sobre os dois, hemodiálise e diálise peritoneal”; <u>E48</u> “É claro que se o paciente, ele já tem alguma contraindicação pra alguma modalidade, por exemplo, é um paciente que é já tá com 89 anos de idade, múltiplos problemas de saúde, não pode passar por uma cirurgia de transplante, a gente não dá a ele a opção de transplante”. Ressalta-se que o fato de ele ter contraindicação para a modalidade não dá o direito ao profissional de deixar ele sem a informação da existência desta. E vale ressaltar também que a aceitação não está relacionada à idade, e sim, por vários motivos. <u>E60</u> “Pacientes mais idosos, a gente tem uma tendência a ser mais, segurar... paciente mais jovem, a gente tem uma tendência de se iniciar o método mais precoce... Pacientes idosos com família, um pouco mais estruturado, hipertenso, diabético, tem uma tendência maior, aceitar mais. Paciente, jovem, jovem mais complicado, não preciso nem explicar por que”</p>
O Termo de consentimento	Realiza a Entrega algum TCLE sobre início de diálise 59 UR (2,42%)	A grande maioria dos profissionais 48 (76,19%) respondeu que não entrega nenhum TCLE ao paciente para iniciar a TRS ou até mesmo quando esse paciente faz a escolha de qual terapia gostaria de realizar. Um ponto interessante é que houve profissionais que disseram não entregar naquele serviço, mas deixando subentendido que entregava em outro local onde atuou: <u>E4</u> “Não. Não entrego porque não trabalho mais em clínica”. Apenas 5 profissionais disseram que realizam a entrega, e os momentos foram: quando recusa diálise; quando inicia na DP e quando vai transplantar. Um profissional relatou que faz relatório para que o paciente chegue à clínica com orientação sobre o processo de escolha da TRS.
	Existência de TCLE no serviço	Foi relatado que existe TCLE no serviço para: procedimento (como implantação de cateter); uso de medicações especiais; transplante; quando entra no serviço de DP; alta à revelia; anestesia;

48 UR (1,97%)	procedimento em centro cirúrgico; fazer pesquisa com os dados de acompanhamento dos pacientes. Os profissionais disseram saber que existe: na clínica de HD para iniciar o procedimento; para paciente que faz diálise domiciliar. Oito profissionais não sabiam ou nunca tinham ouvido falar sobre. Houve profissionais que deixaram subentendido se sabia ou não da existência de TCLE: <u>E16</u> “ <i>porque isso não passava por mim</i> ”. Um disse que no serviço tem, mas não é usado; e apenas 2 disseram que fazem para quem escolhe a TRS. Foi reforçado que se for emergência não tem consentimento.
Compreende como sua competência profissional entregar o TCLE 22 UR (0,90%)	Quando questionados se seria sua responsabilidade / competência entregar o TCLE, os profissionais disseram: não ser atribuição específica de 1 profissional, e sim da equipe: <u>E22</u> “ <i>Olha, eu também, mas qualquer profissional: médico, enfermeiro, não tinha aquele profissional. Aí o profissional que estivesse lá... o médico conversava, geralmente falava pra pegar com o enfermeiro o termo, e ele assinava</i> ”. Também foi relatado ser responsabilidade de quem vai acompanhar a diálise (equipe assistencial) e da enfermagem. Seis profissionais frisaram acreditar não ser sua responsabilidade: <u>E48</u> “ <i>porque ele é direcionado a realizar essa parte burocrática na secretaria</i> ”; Dois afirmaram não ser responsabilidade da nutrição; 1 afirmou não ser do serviço social. Apenas 3 afirmaram ser sua responsabilidade e disseram fazer isso em outro serviço que atuam.
Importância do TCLE 50 UR (2,05%)	A maioria dos profissionais (23) refere que seria importante e o certo ter, pois é um procedimento invasivo e que expõe a riscos: <u>E12</u> “ <i>Importantíssimo. Porque ali ele esclarece o que vai acontecer e pra que lá na frente não haja nenhum arrependimento. Então, todos esses processos já são é... boa parte do que vai acontecer ali naquele termo do que vai vir escrito... Mas a gente já vem meio que trazendo um pouco do que ele vai assinar depois no termo, então extremamente importante pra que não haja arrependimento. Tudo vem esclarecido no termo.</i> ” Ele representa validade legal e do respaldo para a atuação profissional, segundo 4 profissionais. Principalmente quando o paciente se recusa a realizar a TRS: <u>E9</u> “ <i>Muito mais até quando eles recusam a diálise. Porque se ele aceita numa boa, às vezes a gente até acaba, vai esquecendo</i> ”. Dois profissionais não sabem se ele seria importante e 2 referem que não é importante.
Momentos em que se deveria ter um TCLE 24 UR (0,98%)	Segundo os profissionais, os momentos importantes são: <u>E1</u> “ <i>não só no início do tratamento, mas quando a gente apresenta a modalidade pra ele pra ele ou alguma coisa que ele assine que recebeu essa orientação, ou o responsável legal dele ou o cuidador que tiver acompanhando... um termo pré, das orientações no tratamento conservador, no momento que se decidir o tratamento e no momento que de repente às vezes se inicia. Até nesse momento, também acho que seria um primeiro momento. Então, seria 3 momentos: um do conservador que seria essa parte mais de orientação; o de quando se decide qual o tratamento que vai ser até a partir do momento que você coloca uma fístula, e aí eu acho que, é,</i>

		<p><i>que você encaminha ele para a confecção de uma fistula, e nos casos de emergência.”</i></p> <p>Outros relatos foram: que ele está ciente das outras TRS e escolheu aquela; Também foi citado: na emergência, em UTI, no contexto de agudo, na autorização de procedimento, biópsia, cateter tunelizado, cateter de peritoneal, acesso vascular mais definitivo, de passagem de cateter (especialmente por residentes), na hemodiálise, na clínica de diálise, na confecção de fístula, quando coloca permcath (muito invasivo e vai para o centro cirúrgico), no transplante antes da cirurgia, se recusa a realizar TRS e de que tem ciência dos riscos. <u>E37</u> <i>“é uma é... a não ser que seja uma urgência com risco de vida né? se não fosse como uma coisa eletiva, acho que é importante sim esse consentimento assinado.”</i></p>
--	--	--

Fonte: Autoria própria

A partir da análise de conteúdo de Bardin, emergiram ainda categorias que não foram as mais expressivas, porém identificaram os princípios bioéticos de acordo com a teoria Principlista de Beauchamp e Childress (2002) de forma bem clara e evidente, reforçando que o processo de trabalho é exercido baseado na oferta de cuidados que tem o objetivo de causar benefícios à saúde e evitar danos desnecessários, assim como uma atenção justa e igualitária, além da presença forte da autonomia, que emerge a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS. Em contrapartida, também foi possível identificar o desrespeito à autonomia do usuário por 2 profissionais, relacionado especialmente à família no processo de tomada de decisão, mostrando que ainda é necessário reforçar qual é o papel dela, pois pode não ser claro a todos, conforme é esperado (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Esses dados são apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Identificação clara dos princípios bioéticos, segundo a teoria principlista emergidos da análise de conteúdo de Bardin, realizada nas entrevistas com os profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC.

<p>Beneficência - O profissional reforça que faz a orientação / faz a sua parte para que o paciente possa compreender a doença e</p>	<p>O profissional evidencia que ele faz a orientação e fornece as informações necessárias para que o usuário compreenda seu papel: <u>E14</u> <i>“a gente explica essa questão, pelo menos eu né?”... “e explicamos também, eu pelo menos tento explicar sobre a fila do doador falecido”... “a gente, eu pelo menos, eu pego o contato e converso com o pessoal da DP”;</i> <u>E16</u> <i>“então assim, eu acho que ter esses mecanismos, né, de colocar na mesa tudo, a partir do que ela traz, também escutar o outro ne assim, se eu não escuto eu vou dizer só o que é. Eu acho que é nesse sentido, de ofertar”;</i> <u>E17</u> <i>“Então eu acho que isso é importante, eu acho que a ética passa por aí... No comprometimento seu com o paciente.</i></p>
---	---

<p>o tratamento.</p> <p>10 UR (0,41 %)</p>	<p><i>E aí eu digo em todos os sentidos, de todos os doentes que eu acho que se você não faz, não pode fazer a diferença do doente particular, de convênio e de SUS”; E18 “a gente vai orientar durante as consultas, é e a gente frisa muito, eu pelo menos vejo de muito importante que a gente frise; E20 “Eu costumo conversar até assim, até mesmo não estando pra que eu possa dizer assim, olha, você tá vindo numa escalada e de repente você vai”; E22 “tenta agilizar tudo de maneira que ele já chegue lá no tratamento hemodialítico tendo mais conhecimento da doença dele né? assim, dando mais.”; E28 “então, é a gente tem que tentar dizer as informações”; E34 “E aí isso alivia muito, eles choram através desse atendimento, falam que nossa que como ele passou a ter experiência”</i></p>
<p>Não maleficência - Não deixar o paciente agravar para iniciar TRS</p> <p>5 UR (0,20 %)</p>	<p>Apesar de ser uma unidade que surgiu em poucas falas, é evidenciada a preocupação dos profissionais em não deixar o paciente agravar e piorar a saúde. É pensada a necessidade de iniciar a TRS precocemente para evitar agravos: E10 “Você não vai deixar o doente, tá muito urêmico para colocar em programa de diálise”; E17 “e aqui os doentes do ambulatório que estão clinicamente até melhores, porque obviamente é muito melhor você botar o doente em diálise, o doente estando hígido, estando inteiro, né?”; E21 “a gente procura não deixa ele chegar na fase de uremia clínica né? então quando começam a ter esses sinais que ele tá evoluindo com piora importante de função ao longo dos anos, né?” ... “Aí a gente já faz o preparo para encaminhar”; E37 “pra que possa esse processo de transição pra terapia renal substitutiva seja é, o mais é, o menos urgente possível, seja é, e menos traumático até pro paciente também, né?”</p>
<p>Justiça - Forma de tratar os pacientes</p> <p>3 UR (0,12%)</p>	<p>É evidenciada pela demonstração de atenção de acordo com as necessidades e verificando as particularidades, tentando sempre distribuir a atenção de forma equitativa: E17 “todos os doentes são iguais né? então assim, você tem que tratar qualquer doente da mesma forma”... “o de convênio, tanto o de SUS, quanto o de particular, todos são doentes iguais né?”; E55 “é e a gente dá principalmente mais atenção a esse paciente mais medroso, ao que fizeram de tudo para controlar, mas que agora estão entrando e ficou assim”</p>
<p>Justiça - Distribuição de recursos</p> <p>2 UR (0,08%)</p>	<p>É uma tentativa de propiciar oportunidades iguais de disponibilidade de recursos, evidenciada pela justiça distributiva: E24 “Mas assim, isso é muito ruim porque o que eu acho que é o grande, a grande questão é, primeiro, é sou católica tá, então assim que muitos de nós vai pro inferno porque assim, porque a gente tem sangue inocente na mão. Então assim, eu falo que a todo momento eu tenho que lutar pra que a instituição possa atender o paciente, porque eu não posso. Eu não acho justo, isso num é digno pro paciente, entendeu? Não dá nem pra mim, nem pro paciente”. E63 “que é na justiça, justiça em termos de recursos, isso é importante”</p>
<p>Respeito à autonomia do usuário</p> <p>15 UR (0,61 %)</p>	<p>A autonomia veio representada pelo respeito ao direito do paciente em se recusar a fazer a TRS: E4 “Já tive pacientes que falaram que não iam fazer diálise, e não fizeram até morrer”... “Mas realmente a gente não tem como tomar conduta, decidir, né, pelo paciente”; E7 “olha às vezes do paciente se recusar mesmo a dialisar, e você não conseguir convencer, e aí é uma opção dele, né?”; E13 “porque eu achei que se eu não botasse em diálise em uma situação de urgência, eu ia estar fazendo uma omissão de socorro, negligência, essas coisas. Mas depois que eu vi bioética, eu vi que eu feri a vontade do paciente, mas...”; E25 “foi uma opção dele, lúcida, ele não tava urêmico quando ele decidiu</p>

	<p><i>isso e foi desde sempre, e, ela não autorizou diálise nenhuma em caráter”; E28 “A gente não pode ser paternalista, né, ou seja, a gente tem que aceitar a autonomia do doente” ... “do paciente né? a capacidade dele de determinar sua vida”; E45 “e tem muitos que não concordam e não querem começar e aí acaba que você não pode obrigar né? você pode esclarecer e mostrar o melhor, mas obrigar não tem como”; E50 “por exemplo, um paciente que é, ai, é tem cognição e não deseja fazer terapia renal substitutiva e sempre isso é difícil pra gente né? é um paciente que a gente tem que respeitar a autonomia num é”; E56 “a gente tenta ao máximo expor o perigo, né? No final, a gente respeita a opinião e a vontade do paciente”; E57 “A gente orienta, da todas informações do que que pode acontecer se ele não aceitar hemodiálise, mas paciente lúcido e orientado não tem como a gente é... obrigar”; E60 “Assim a gente tem vontade, a gente não tem vontade de forçar, mas assim a gente acaba respeitando a vontade do paciente”; E61 “Autonomia do paciente é o principal”; E63 “a gente indicou novamente, ela é meio que sustentou que não, que que não iria dialisar, que não queria. A gente respeitou falando, tudo bem é a autonomia da Senhora, foi esclarecido”</i></p>
<p>Desrespeito à autonomia do usuário 2 UR (0,08%)</p>	<p>Foi evidenciada pela ausência de informações ao usuário por solicitação de familiares: E29 “E muitas vezes também na enfermaria, assim, de ocultar diagnóstico, porque a família não quer que saiba...O paciente não sabia o que tava acontecendo com ele. É cruel, é cruel, é subestimar a força do outro, né?” E63 “Ele não sabe a autonomia do doente; e a família pede uma coisa; é o doente, que o paciente pensava outra na época, entendeu?”</p>

Fonte: Autoria própria

Também podemos observar, ao longo das entrevistas, que os profissionais apresentam dificuldades de identificar conflitos éticos e demonstram que sempre têm o objetivo de reduzir os danos e causar benefícios aos usuários. Porém, é percebida uma forte presença da obrigação moral dos profissionais de saúde quanto à satisfação das necessidades dos doentes. Nesse sentido, identificamos que o profissional relatando o que acredita ser o “certo” e sua forma de agir, percebem-se em uma moralidade comum e se tornam livres de penalizações da ordem ética, mesmo quando acontece algo fora do que se é esperado. Um exemplo claro dessa postura é percebido pela fala a seguir:

E24 “Porque a técnica correta não causa dano, tem intercorrências, tem! Mas tá dentro da técnica e nem sempre eu vou ser cem por cento num procedimento.”

Discussão

Como profissionais de saúde, sabemos que, faz parte da nossa rotina, passar pelo processo de tomada de decisão junto dos usuários que estão sobre nosso cuidado. Nesse sentido, para pensarmos na nossa atuação de forma ética, talvez devêssemos primeiro nos questionar: se em algum momento da minha vida eu desenvolver uma doença crônica, vou querer saber de todos os tratamentos disponíveis e detalhes da doença? Na hora de tomar decisões sobre o tratamento, prefiro que outra pessoa tome a decisão por mim ou eu gostaria de tomar essa decisão? (CASELLAS, 2022)

Partindo dessas perguntas, podemos pensar em qual é o nosso princípio de atuação. Será que nós estamos tomando decisões de forma paternalista, considerando o que eu entendo como o melhor para o paciente; ou será que eu efetivamente convido o usuário a estar nesse processo comigo, apresentando para ele todas as possibilidades de TRS disponíveis para que ele compreenda e decida o que poderá efetivamente ser melhor e encaixar na rotina (CASELLAS, 2022).

A forma como a notícia de necessidade de terapia é apresentada precisa ser planejada pelo profissional para garantir a possibilidade de compreensão e diminuir problemas na aceitação da necessidade de tratamento. A comunicação de notícias sobre doenças incuráveis é algo delicado e precisa de capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo que serão capazes de demonstrar maior segurança, promovendo uma tomada de decisão compartilhada (FREIBERGER; CARVALHO; BONAMIGO, 2019).

Assim, o processo de tomada de decisão deve passar pela constatação do que é qualidade de vida para o paciente. Não é adequado que o profissional de saúde determine valores, atitudes e informações que devem ser passadas sobre a condição de saúde, que determinarão a vida do outro. Assim, é possível perceber a necessidade, ouvir os desejos da pessoa e preservar sua intimidade, fornecendo apoio ao reconhecer necessidades espirituais, sociais e psicológicas para enfrentar as mudanças impostas pelo novo (SANCHEZ-TOMERO, 2013; SIMÕES; SAPETA, 2019).

O apoio dos profissionais de saúde deve ser baseado em informações capazes de preparar a pessoa para decisões, tornando o conhecimento científico disponível e acessível através da linguagem compreensível. Portanto, explicando as implicações individuais de diferentes opções de tratamento para o paciente e sua família. É importante que esse processo de preparo e de educação aconteça durante todo o curso da doença, desde os estágios iniciais, quan-

do o paciente acredita que não precisará de TRS, porém muitas vezes é capaz de compreender melhor as orientações fornecidas. Além disso, uma experiência australiana mostrou que o tempo de aceitação e de assimilação das informações referentes à sua condição de saúde fornece melhores sentimentos de bem-estar e crenças sobre a importância de cuidado durante todo o curso da doença (HARWOOD; CLARK, 2013; CAMPBELL-CROFTS; STEWART, 2018).

É óbvio que profissionais especialistas em Nefrologia possuem o conhecimento técnico sobre essas possibilidades. Mas nosso papel é informar e capacitar o usuário e/ou a família sobre as TRS, suas respectivas vantagens e desvantagens, baseado nas melhores evidências científicas, para que efetivamente possamos pensar em uma tomada de decisão compartilhada, de qualidade, com responsabilidade e pautada em princípios éticos, especialmente a autonomia (CASELLAS, 2022).

Cabe destacar que o profissional de saúde, em especial o médico, tem capacitação para avaliar a necessidade clínica de introdução e de retirada do tratamento dialítico. Apesar do conhecimento técnico, precisamos ressaltar que a tomada de decisão da modalidade de TRS a se realizar é um processo complexo, influenciado pelo letramento em saúde, que passa pela capacidade de compreensão sobre sua real condição de saúde e de aceitação das informações recebidas. O estilo de vida pré-dialítico, os sistemas de suporte e manutenção a vida como familiares, amigos e vizinhos, os valores e a parceria com uma equipe de assistência determinarão a capacidade do usuário em cumprir as metas estabelecidas de cuidado e será uma forma de direcionar a expectativa desses quanto aos tratamentos propostos (SANCHEZ-TOMERO, 2013; CASSIDY *et al.*, 2018).

Apesar de estar bem clara e instituída a importância desse processo compartilhado, muitas vezes os profissionais de saúde não são preparados ou se sentem seguros para conversar com o usuário e participar do processo de tomada de decisão em diálise. Por exemplo, um estudo que avaliou o conhecimento de 676 pacientes (entre os estágios 3 a 5 e em tratamento conservador) sobre as diferentes modalidades de TRS, 43% relataram nenhum conhecimento sobre HD, 57% sobre DP e 66% sobre TX. Quando questionados sobre seu nível de conhecimento sobre a doença, um em cada 3 relatou conhecimento limitado ou nenhum conhecimento sobre sua DRC e nenhum conhecimento sobre suas opções de tratamento. Também foi evidente que a frequência a consultas com o profissional nefrologista antes do início da TRS não

é capaz de garantir melhor conhecimento sobre as possibilidades de TRS (FINKELSTEIN *et al.*, 2008; GARCIA-LLANA *et al.*, 2017).

Uma experiência espanhola treinou enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos especialistas em Nefrologia, que atendem aos usuários nesse momento de escolha da TRS, para participar do processo de tomada de decisão, desenvolvendo habilidades e confiança através de ensinamentos de técnicas de comunicação de notícias difíceis, princípios e conceitos em bioética. Os 36 profissionais capacitados referiram maior confiança após treinamento e reforçaram a falta de preparo para discussões sobre o processo de escolha da TRS em suas formações básicas. Esse treinamento foi capaz de ajudar no processo compartilhado de tomada de decisão nas unidades de Nefrologia da Espanha. O trabalho em equipe, a bioética e as habilidades de comunicação são os principais ingredientes de um cenário de sucesso (GARCIA-LLANA *et al.*, 2017). Talvez seja importante pensarmos na possibilidade de preparar os profissionais brasileiros a partir dessas técnicas e, conseqüentemente, conseguir levar essas informações de maneira mais satisfatória para toda a equipe.

Um estudo brasileiro que realizou entrevista com 75 profissionais atuantes em municípios de Minas Gerais, sendo 26,7% médicos, 32% enfermeiros e 41,3% técnicos de enfermagem, mostrou que a maioria encaminharia o paciente de um caso clínico específico para unidade hospitalar e indicaria TRS. A TRS mais indicada pelos médicos foi a HD em mais de 90% dos casos e menos de 10% indicariam DP como primeira escolha. As autoras acreditam que uma barreira para o pequeno percentual de pacientes em TRS domiciliar é a falta ou a inadequada informação dos profissionais de saúde (SCHREIDER; FERNANDES, 2015). Vale destacar que esses dados são semelhantes aos nossos que, apesar de não termos quantificado o percentual de profissionais que indicam a HD, percebemos que a maioria dos profissionais indica essa modalidade e temos um grande problema estrutural relacionado à DP, segundo relato.

Outro estudo brasileiro que trata sobre a temática da escolha do método dialítico mostrou que 76,3% dos pacientes tiveram sua TRS escolhida pelos médicos. Apenas 17,8% dos usuários referem que a decisão foi conjunta com seu médico assistente e sua família. Apenas um paciente relatou que sua família decidiu sobre a modalidade de TRS; e a decisão exclusiva pelo paciente foi tomada em 12 casos (5,9%), tendo nesses, o médico ofertado todas as possibilidades. Esses dados demonstram como a decisão conjunta, necessária e descrita pela portaria 1675/2018 como uma prioridade, não acontece na prática clínica sempre (BRASIL, 2018;

PEREIRA *et al.*, 2016). Esses dados também se relacionam aos nossos, uma vez que percebemos uma dificuldade dos profissionais em reconhecer a autonomia como uma necessidade e prioridade.

A tomada de decisão compartilhada deve envolver três etapas: primeiramente, recomenda-se que o usuário seja informado sobre todas as modalidades existentes e os benefícios e riscos em realizar cada uma delas, sem tendências para demonstrar a opção de escolha do profissional, sempre certificando que o usuário entendeu todas as informações fornecidas; posteriormente, é importante determinar as preferências do usuário, avaliando os motivos da escolha, evitando reforçar fatores que podem influenciar essa decisão como preconceito por suas crenças e valores equivocados ou falta de empatia; e, por último, a decisão deve ser tomada, levando em consideração os determinantes clínicos e sociais que influenciarão na vida da pessoa (STRYCKERS; NAGLER; BIESEN, 2016).

Mesmo com todo esse preparo, é preciso observar três elementos que influenciam a tomada de decisão: os fatores do paciente (valores individuais e situações da vida, autonomia e emoções desencadeadas), fatores educacionais (quantidade de informações que o usuário foi capaz de absorver, o tempo apropriado para o fornecimento dessas informações e recursos disponíveis e utilizados para orientação) e sistemas de apoio (relacionamento com a equipe de saúde e auxílio de família e amigos). Esses elementos devem ser investigados e avaliados pelos profissionais de saúde que estão participando do processo de escolha da TRS a fim de proporcionar a tomada de decisão informada e compartilhada (CASSIDY *et al.*, 2018).

Vale ressaltar que uma decisão considerada como inadequada influenciará diretamente na satisfação do usuário em relação ao tratamento. Uma avaliação dos sentimentos negativos relacionados ao tratamento, conforme os dados obtidos por Pereira et al (2016), mostram que 17,7% referem insegurança, 18,6% medo, 21,8% se sentem ansiosos, 13,2% alegam estar revoltados e 29,1% apontam desconforto na realização da TRS. O estudo reforça que os comportamentos na decisão terão consequências que serão sentidas de formas diversas pelos pacientes e a equipe que os atende. (PEREIRA *et al.*, 2016).

A dificuldade de acesso a tratamento, como exemplo, de pacientes que permanecem em longas filas aguardando um atendimento com o especialista, dificulta ações generalistas para a doença, pois a insuficiência de recursos imposta pelo sistema de saúde, com dificuldade e indisponibilidade de vagas, coloca as pessoas em condições agravadas de saúde, necessitando de condutas imediatas. Esse tipo de atendimento leva o usuário a atendimento de urgên-

cia que poderá acarretar dificuldade de compreensão que, conseqüentemente, será diferente daquele que teve tempo para ser preparado, acompanhando no tratamento conservador até ter a indicação para o início de TRS e, portanto, terá mais dificuldade para participar do processo de tomada de decisão (ANTONELLO; FIGUEIREDO; D'AVILA, 2014).

Ainda relacionada à dificuldade de acesso a tratamentos, devemos discutir a justiça distributiva e a distribuição de recursos de saúde, relacionado ao acesso a DP. É necessário reforçar o quanto o poder público precisa se empenhar para que a oferta seja paritária a todos que necessitam de TRS. É injusta a oferta de DP quando comparada as vagas disponibilizadas de HD e o quanto isso está relacionado à privação da autonomia dos sujeitos, além de escancarar as horas clínicas destinadas a atendimento especializado que poderia ser realizado em nível de acompanhamento com o paciente realizando o procedimento de forma domiciliar, com possibilidade de melhor qualidade de vida e menor dependência de idas ao serviço de saúde. Beauchamp e Childress (2002) concordam que a assistência à saúde deve contemplar equitativamente os direitos e os benefícios e, nos casos de escassez de recursos, como acontece na DP, conforme apresentado por Nobre et al (2015) “na alocação de tratamentos pouco disponíveis no serviço público, caberia a reflexão sobre o fato de que nem todas as pessoas carentes de tratamento especializado têm acesso a ele”. Nessa linha de raciocínio, os indivíduos referenciados apenas pela avaliação do profissional de saúde, sem compreender o quanto aquela terapia irá impactar na rotina de toda uma família, pode comprometer o acesso daqueles que realmente precisam e gostariam de realizar esse tipo de tratamento.

Outro ponto importante a se destacar é que, nesse processo de tomada de decisão é cada dia mais frequente, na prática clínica, a presença de usuários que recusam ou abandonam o tratamento, seja em fase de iniciar a diálise, ou até mesmo quando esse tratamento já está na sua rotina. Os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado desses pacientes vivenciam conflitos éticos, que passam pelo direito de morrer com dignidade e pelas perspectivas religiosas, filosóficas e jurídicas, sobre os sentidos da vida e da morte, autonomia e terminalidade (RODRIGUES; SILVA, 2019).

Porém, muitas vezes, há um “desconforto” por parte da equipe em manter esse usuário sem realizar nenhuma TRS. E, por esse motivo, acontece com frequência uma “necessidade” de instituir todas as possibilidades tecnológicas disponíveis para prolongar a vida, seja pela vontade do profissional médico ou da família, levando a ocorrência de distanásia. O procedimento de diálise é utilizado constantemente com esse intuito, garantindo aos profissionais a

falsa possibilidade de oferecer o melhor aos pacientes que estão sob seu cuidado, mesmo sabendo que incluir o procedimento mudaria muito pouco no resultado final e na finitude desse paciente (SANCHEZ-TOMERO, 2013). Isso acontece frequentemente com idosos, e foi apresentada de forma muito clara a moralidade presente nesse quesito pela nossa população, especialmente quando olhamos para a oferta de cuidados a jovens e a pessoas com mais idade.

As discussões éticas relacionadas à Nefrologia são frequentes sobre a manutenção ou a retirada de tratamento. Essa discussão aponta para condições fisiológicas e possibilidades de melhora clínica que refletem em inquietações sobre como profissionais podem ser éticos e apoiar o direito de um paciente à decisão sobre sua vida, uma vez que essa pode trazer consequências fisiológicas prejudiciais, chegando às vezes ao óbito. Na grande maioria das situações, o paciente fica sujeito à perícia e à autoridade do profissional, mesmo que ele não tenha conhecimento de tal. Os profissionais de saúde, especialmente médicos, devem considerar cuidadosamente o benefício e o ônus de cada opção de tratamento disponível. O conhecimento prévio sobre os comportamentos relacionados à saúde do paciente e de sua rede de apoio influenciará nesse processo (HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006; KURELLA; PERIYAKOIL, 2013). Nesse sentido, é sempre um evento muito complexo a decisão, tendo em vista que ela passa pela condição técnica e a necessidade de um olhar ético para a necessidade desse usuário.

A maioria dos médicos compreende a importância de seu papel no auxílio aos pacientes para melhores escolhas e, assim, muitas vezes evitar danos, promovendo a beneficência. Porém, é difícil observar que seu papel é aconselhar sobre as opções de tratamento, avaliando as informações necessárias para a decisão individual, permitindo uma decisão autônoma, respeitando, mesmo que essa conflite com a beneficência ou não maleficência. Os profissionais são treinados a apontar as possibilidades de tratamento de acordo com o seu julgamento clínico. Nesse contexto, muitos profissionais têm dificuldade em aceitar decisões do paciente que desencontram de seu julgamento como a melhor opção de tratamento (LAM; O'HARE; VIG, 2013; NOBLE *et al.*, 2017).

Conforme apresentado anteriormente, por vezes, há na saúde um comportamento habitual dos profissionais em usar a autoridade profissional, perpetuando a dependência dos pacientes que é marca do paternalismo. Para muitos profissionais, é difícil avaliar a capacidade do indivíduo em decidir sobre uma indicação baseada na avaliação clínica laboratorial. Ressalta-se ainda que exista uma crença muito forte no saber médico como

soberano. O envolvimento de pacientes na tomada de decisão auxilia os profissionais na garantia de que o tratamento realizado reflita as preferências e os valores desses. A ética é essencial à prática dos cuidados em saúde, e o respeito à autonomia do paciente está presente nos códigos de ética das profissões. Os pacientes devem ter o exercício de sua autonomia amplamente garantido. Assim, todas as informações devem ser apresentadas, tornando possível o exercício pleno da autonomia pelos pacientes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006; FRIBERG *et al.*, 2018; SCHELL; COHEN, 2014).

Os profissionais precisam exercer seu trabalho de forma competente. É necessário tomar decisões sempre considerando os aspectos clínicos / fisiológicos e éticos, nunca esquecendo que esses se complementam. Pensando nisso, é preciso considerar que competências podem ser compreendidas como as habilidades e os conhecimentos que são adquiridos ao longo de uma formação. Quando falamos de profissionais de saúde, compreender o papel do usuário na tomada de decisão é uma competência que precisa ser adquirida por todos (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2013).

Vale destacar que a autonomia é a capacidade do indivíduo de fazer escolhas e tomar decisões sobre sua vida; essa é apresentada ainda como a noção de respeito às pessoas, enquanto indivíduos que buscam a autorrealização e o alcance de metas individuais; é o alcance de objetivos através de preferências e escolhas pessoais, sendo essas direcionadas pela perspectiva de promoção de saúde e de qualidade de vida. A autonomia está sendo respeitada, desde que as ações propostas não afetem ou tragam prejuízos à vida de outras pessoas. Ações autônomas não devem ser controladas ou limitadas. Particularmente, na atualidade, a autonomia é sempre individual e não é extensível a um grupo ou população (GUIMARÃES; NOVAES, 1999; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Conforme Guimarães e Novaes (1999) apontam “ninguém pode, eticamente, consentir por outro que possua autonomia plena e, quando isto se faz, a decisão é nula e eticamente incorreta”. Nesse sentido, o profissional que decide a melhor opção de tratamento para o paciente está tendo uma atitude eticamente questionável e, portanto, não exercendo seu trabalho com competência plena.

Balon (2019) sugere que a beneficência não partilhada pela autonomia evidencia a prática médica paternalista. O médico compreende a indicação de um tratamento como sendo o ideal para o paciente relacionado ao seu conhecimento sobre o assunto, pensando assim na

beneficência; e relaciona a dificuldade de ver esse usuário como autônomo, uma vez que nenhum indivíduo, em princípio, está inteiramente livre de influências externas, exercendo autonomia plena, especialmente num contexto de adoecimento que traz limites ao exercício pleno da vontade de manter a vida como antes. Associado a isso, temos a figura do profissional de saúde / cuidador como uma referência de “pai” capaz de exercer o poder de fazer as melhores escolhas. Essa conduta é denominada paternalismo. Porém, ações relacionadas ao paternalismo têm sido consideradas cada vez mais ultrapassadas e, por esse motivo, muito tem se falado sobre a necessidade de evitar sua inserção na atuação, seja com o simples aconselhamento e convencimento do paciente ao informar os tratamentos disponíveis para sua condição de saúde ou até mesmo para impedir um suposto suicídio, quando esse escolhe que não gostaria de prolongar a vida/tratamento (ALMEIDA, 2000; BALON, 2019).

Vale reforçar que a aplicação do paternalismo pode ser eticamente considerada quando os resultados que se espera obter são coincidentes aos interesses do paciente e, portanto, não há desrespeito à autonomia. Por muito tempo, devido à tradição paternalista, observamos que os sujeitos recebiam passivamente as leis morais. Mas, a autonomia, por ser um valor que representa a defesa de direitos que, por inúmeras vezes, ainda não estão consolidados e por explicar a necessidade de uma reflexão da classe médica, causa desconforto e passa a ser visto como uma relação de confiança que é expressa pela representação da assinatura de termos, como o TCLE, que possibilitam plenos direitos ao profissional assistente para direcionar o tratamento factível para esse paciente, baseado na aplicação da boa-fé, solidariedade, lealdade e respeito (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; LOPES JR, 2012).

Foi evidenciada a categoria que trata da assinatura de um TCLE. Essa é uma recomendação da diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC que esse deve conter informações sobre as possibilidades oferecidas e qual foi escolha do usuário juntamente com a equipe. Esse documento deve ser anexado ao prontuário após a definição de qual será a modalidade de tratamento escolhida (BRASIL, 2014). Tratando da Nefrologia, experiências de outros países também descrevem a importância de assinatura de um TCLE para realização de diálise, o mais breve possível, preferencialmente, quando o paciente ainda se encontra em tratamento conservador, pois a lei exige uma discussão pelo médico sobre os riscos associados à realização do procedimento. Na urgência, é difícil orientar as opções alternativas, incluindo a discussão sobre a opção de um caminho conservador e sem diálise, devido às necessidades fisiológicas apresentadas. A aplicação desse cuidado, fornecendo um preparo eficiente do

paciente, garante que o princípio ético do respeito à autonomia será mantido no contexto da TRS (BRENNAN *et al.*, 2017).

Conclusão

Com esse trabalho, foi possível concluir que o processo de tomada de decisão dos profissionais é pautado, em sua maioria, pela beneficência e não maleficência, tentando favorecer a condição clínica que está relacionado ao não funcionamento renal. Porém, muitas vezes, essas ações não consideram a autonomia, a participação do usuário e o quanto esse tratamento pode ser limitante para sua vida e, infelizmente, nem sempre o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão são percebidos por esses profissionais que são responsáveis pela instituição da TRS.

Foi ressaltada a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS, porém identificamos que nem sempre essa é realizada, uma vez que há dificuldade de instituição de todas as modalidades de TRS pelo próprio sistema de saúde (direito à fila do TX somente após início de HD ou DP, preemptivo apenas para doado vivo, e falta de vagas para DP). Porém, identificamos que, apesar da fala do direito do usuário ser frequente, muitas vezes eles não são informados ou convidados a participar desse processo.

O paternalismo ainda é forte e presente da população estudada, e ressaltamos que esse ponto precisa ser repensado, uma vez que estamos em centros de formação de profissionais e é desejável que esses sejam estimulados a uma formação que favoreça o ensino da ética, tanto em questões teóricas, como práticas, para que o reflexo dessa postura seja direto em todos os locais onde a oferta de cuidado em Nefrologia é realizada, visto que esses profissionais realizarão suas atividades em outros locais quando saírem desse serviço.

Referencias:

ALMEIDA, J. T. Da Moral Paternalista ao Modelo de Respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino da Ética Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 1, p. 27-30, 2000.

ANTONELLO, I. C. F.; FIGUEIREDO, C. E. P.; D'AVILA, D. O. Educação em Nefrologia: o processo ensino-aprendizagem na graduação da escola médica. *In: Atualidades em Nefrologia* **13**. São Paulo: Sarvier, 2014. p.73-77.

BALON, R. Paradoxes of retreat from paternalism. *Annals of Clinical Psychiatry*, v. 31, n. 4, p. 233-234, 2019. Disponível: https://www.aacp.com/articles/online_view/paradoxes-of-retreat-from-paternalism/ Acesso em: 23 mar. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, L. A. R. A. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, jun 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736 Acesso em: 14 jul. 2021.

BRENNAN, F.; *et al.* Time to Improve Informed Consent for Dialysis: An International Perspective. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*. v. 12, n. 6, p. 1001-1009, 2017. Disponível em: <https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/12/6/1001.full.pdf?with-ds=yes> Acesso em: 17 fev. 2023.

CAMPBELL-CROFTS, S.; STEWART, G. How perceived feelings of "wellness" influence the decision-making of people with predialysis chronic kidney disease. *Journal of Clinical Nursing*, v. 27, n. 7-8, p. 1561-1571, 2018. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14220> Acesso em: 19 jan. 2023.

CASELLAS, J. Tomada de decisão compartilhada - Uma ação solitária ou solidária? **Saúde Debate**. Agosto, 2022. Disponível em: <https://saudedebate.com.br/colunistas/jociane-casellas/tomada-de-decisao-compartilhada/>. Acesso em: 16 jan. 2023.

CASSIDY, B. P.; *et al.* Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients With Chronic Kidney Disease: Qualitative Study. **Canadian Journal of Kidney Health and Disease**, v. 5, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178119/pdf/10.1177_2054358118803323.pdf Acesso em: 17 fev. 2023.

DAUGIRDAS, J. T. B.; PETER, G. I.; TODD, S. **Manual de diálise**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688p.

FERNANDES, N. M. S. Unidade 4. **Assistência interdisciplinar ao paciente com Doença Renal Crônica**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D. D.; BONAMIGO, E. L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 318-325, 2019.

FRIBERG, I. O.; *et al.* Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. **Peritoneal Dialysis International**, v. 38, n. 5, p. 334-342, 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.3747/pdi.2017.00243?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrsref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed Acesso em: 17 set. 2021.

GARCIA-LLANA, H.; *et al.* The Communication and Bioethical Training (CoBiT) Program for assisting dialysis decision-making in Spanish ACKD units. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, n. 4, p. 474-482, 2017.

GUIMARÃES, M. C. S.; NOVAES, S. C. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427 Acesso em: 18 fev. 2023.

HARWOOD, L.; CLARK, A. M. Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 1, p. 109-120, 2013.

HOLMES, D.; PERRON, A. M.; SAVOIE, M. Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, v. 1, n. 12, 2006. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1747-5341-1-12.pdf> Acesso em: 17 set. 2021.

KURELLA, T. M.; PERIYAKOIL, V. S. The patient perspective and physician's role in making decisions on instituting dialysis. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 28, n. 11, p. 2663-2666, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3811061/pdf/gft379.pdf> Acesso em: 17 jan. 2023.

LAM, D. Y.; O'HARE, A. M.; VIG, E. K. Decisions About Dialysis Initiation in the Elderly. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 46, n. 2, p. 298-302, 2013. Disponível em:

[https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00330-8/fulltext](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(13)00330-8/fulltext) Acesso em: 17 fev. 2023.

LOPES, J. R. D. Autonomia, confiança e boa-fé – um diálogo entre a bioética e os princípios do contrato. In: Encontro Nacional do CONPEDI, 2012, Uberlândia. **Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI**, p. 795-821, 2012. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5052597562444938> Acesso em: 02 jan. 2023.

MORTON, R. L.; *et al.* Patient Information about Options for Treatment (PINOT): a prospective national study of information given to incident CKD Stage 5 patients. **Nephrol Dial Transplant**, v. 26, n. 4, p. 1266-74, 2011.

MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SUASSUNA, J. H. R. When dialysis is not a good option: a narrative review of the dilemma of renouncing renal replacement therapy. In: **Renal Replacement Therapy - Controversies And Future Trends**, 2018. p. 43-59.

NOBLE, H.; *et al.* Clinician views of patient decisional conflict when deciding between dialysis and conservative management: Qualitative findings from the Palliative Care in chronic kidney disease (PACKS) study. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 10, p. 921-931, 2017. Disponível em: DOI: 10.1177/0269216317704625 Acesso em: 17 fev. 2023.

NOBRE, A. L. C. S. D.; *et al.* Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 373–386, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DPxR6NxLgWzKhpcm6YvXqVq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 mar. 2023.

PEREIRA, E.; *et al.* Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 38, n. 2, p. 215-224, 2016.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1136p.

RODRIGUES, R. A. D. C.; SILVA, É. Q. Diálise e direito de morrer. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 394-400, 2019.

ROSANSKY, S. J.; *et al.* Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. **BMC Nephrology**, v. 18, n. 200, p. 1-10, 2017. Disponível em: DOI 10.1186/s12882-017-0617-3 Acesso em: 22 jan. 2023.

SANCHEZ-TOMERO, J. A. Thoughts on the start and withdrawal of dialysis. **Nefrologia**, v. 33, n. 6, p. 758-753, 2013.

SANTOS, R. L. G.; *et al.* Evaluation of the knowledge of chronic renal patients in conservative treatment about dialytic modalities. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 651-660, 2015.

SCHELL, J. O.; COHEN, R. A. Communication Framework for Dialysis Decision-Making

for Frail Elderly Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 9, n. 11, p. 2014-2021, 2014. Disponível em: DOI 10.2215/CJN.02190314 Acesso em: 22 jul. 2021.

SCHREIDER, A.; FERNANDES, N. M. S. Avaliação do conhecimento sobre terapia renal substitutiva dos profissionais de saúde nas regiões de Juiz de Fora, São João Nepomuceno e Santos Dumont. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 3, p. 382-384, 2015.

SIMÕES, Â.; SAPETA, P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 244-252, 2019.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017> Acesso em: 8 jul. 2021.

STRYCKERS, M.; NAGLER, E.; BIESEN, W. The Need for Accurate Risk Prediction Models for Road Mapping, Shared Decision Making and Care Planning for the Elderly with Advanced Chronic Kidney Disease. **PRILOZI**, v. 37, n. 2-3, p. 11-23, 2016.

Resumo 6

**A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE TRATAMENTO
CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Modalidade: comunicação oral

24º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF,

Fortaleza 2022



Trabalho apresentado no 24º CBCENF

Título: A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NAS EQUIPES DE TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRONICA
Relatoria: TATIANE DA SILVA CAMPOS
Autores: Andréia Patrícia Gomes
Modalidade: Comunicação coordenada
Área: Dimensão ético política nas práticas profissionais
Tipo: Pesquisa

Resumo: Introdução: Desde 2014, as diretrizes que norteiam a atenção à pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) determinam que as equipes de atenção especializada ambulatorial devem ter minimamente: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social. Objetivo: Descrever a inserção de enfermeiros nas equipes de tratamento conservador em centros formadores de profissionais especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. Metodologia: Trata-se de parte dos dados de uma tese de doutorado intitulada “Implicações bioéticas na escolha da terapia renal substitutiva: o olhar do profissional de saúde”, realizada através de estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados, até o momento, 47 profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC de 3 instituições. Todos os profissionais atuantes foram convidados e aceitaram participar da pesquisa através de entrevista presencial gravada. Os dados foram digitados a partir da transcrição, sendo realizada análise estatística básica. Foram seguidas as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016. A pesquisa foi aprovada no CEP da unidade proponente Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o parecer 5.218.631. Resultados: Participaram 30 médicos (63,8%), 6 enfermeiros (12,8%), 6 nutricionistas (12,8%), 3 psicólogos (6,4%) e 2 assistentes sociais (4,2%). Os enfermeiros estavam inseridos na equipe: 2 de um hospital universitário federal; 3 de um hospital universitário estadual; e 1 de um hospital federal. 4 profissionais são especialistas em Nefrologia (sendo 2 na modalidade residência e 2 em especialização lato sensu) e 2 estavam cursando, no momento, a formação na modalidade residência. Apesar de todos os centros serem formadores de

profissionais na especialidade Nefrologia, apenas um oferece a formação de enfermeiros. O tempo de atuação em Nefrologia dos profissionais variou entre 1 e 31 anos (média 16,33 anos; e mediana 19 anos). Conclusões/Considerações: Há potencialidade dos serviços na inserção de enfermeiros especialistas em todas as equipes. Porém, há uma inserção ainda mínima quando comparada ao número de médicos, o que reflete diretamente na assistência com qualidade de todos os pacientes e, conseqüentemente, a integralidade do cuidado e da sua qualidade perdem a efetividade, possibilitando a emergência de conflitos éticos.

HTTP/1.0 200 OK Cache-Control: no-cache, private Date: Fri, 16 Sep 2022 09:28:24 GMT

24º cbcenf
CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO
CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

Certificamos que o trabalho intitulado **A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NAS EQUIPES DE TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRONICA**, de autoria de **TATIANE DA SILVA CAMPOS, ANDRÉIA PATRÍCIA GOMES**, foi apresentado pelo(a) relator(a) **TATIANE DA SILVA CAMPOS** em forma de Comunicação coordenada, durante o **24º CBCENF**, realizado no Centro de Eventos do Ceará, na cidade de Fortaleza/CE, no período de **12 a 15 de Setembro de 2022**

Betânia Maria Pereira dos Santos
Dra. Betânia Maria Pereira dos Santos
Presidente do Cofen

Ana Paula Araújo da Silva
Dra. Ana Paula
Presidente do Conen-CE



Resumo 7

**A FORMAÇÃO BIOÉTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: É
NECESSÁRIO REVER AS ESTRATÉGIAS EMPREGADAS NO PROCESSO
FORMATIVO**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Modalidade: comunicação oral

XV Congresso Brasileiro de Bioética,

Vitória 2023



A FORMAÇÃO BIOÉTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: É NECESSÁRIO REVER AS ESTRATÉGIAS EMPREGADAS NO PROCESSO FORMATIVO

Tatiane da Silva Campos¹

Andréia Patrícia Gomes²

Introdução: Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área da Saúde recomendam a formação de profissionais com competências técnicas e éticas, capazes de prestar cuidado integral com base nos princípios do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Identificar a existência, durante a formação dos profissionais de saúde, da construção de competências em bioética. **Método:** Trata-se de parte dos dados da tese “Implicações bioéticas na escolha da terapia renal substitutiva: o olhar do profissional de saúde”, realizada por estudo transversal descritivo em que foram entrevistados 63 profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC de 4 instituições formadoras de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. Todos os profissionais foram convidados e aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e analisadas posteriormente pela técnica de Bardin. A pesquisa foi aprovada no CEP da unidade proponente Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o parecer 5.218.631. **Resultados:** Participaram 44 médicos (69,8%), 7 enfermeiros (11,1%), 7 nutricionistas (11,1%), 2 psicólogos (3,2%) e 3 assistentes sociais (4,8%). A maioria relatou o estudo da bioética em todos os níveis de formação profissional: graduação, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado; 3 relataram não ter estudado e 6 achavam que não, não tinha certeza ou lembrança. Nas falas, foi citado o tema da pesquisa, elaboração de trabalhos de conclusão de curso, legislação profissional e apenas 2 citaram conceitos bioéticos, mais especificamente a corrente Principlalista. A ética na rotina do profissional foi uma das categorias mais evidenciadas, e há relatos de que é

¹ Doutoranda/Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz) e Professora/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/Brasil, tatianedascampos@gmail.com

² Professora/Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz) e Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa/Brasil, andreiapgomes@gmail.com

praticada diariamente, sem perceber; ela “move” o profissional e seu comprometimento. Nessa perspectiva, o profissional vai aprimorando suas condutas à medida que a experiência vai aumentando. **Discussão:** Nossos achados corroboram com Oliveira e Oliveira (2022) que identificaram que 89% dos alunos de medicina consideram o tema extremamente importante. Porém, 34,5% consideraram o aprendizado da bioética regular e 21,8% ruim. Ferrari, Silva e Siqueira (2018) reforçam que, dentre as 276 escolas de medicina na América Latina avaliadas, sendo dessas 118 no Brasil, a maioria ainda é “voltada para formações mais técnicas do que humanistas”, tendo essas cargas horárias mínimas para o ensino da ética e da bioética, quando comparada às horas disponibilizadas para o aprendizado de conteúdos de clínica. É de extrema importância pensar o quanto a ética faz parte das competências básicas de atuação do profissional, e os currículos, assim como são apresentados, necessitam ser revistos. Biondo et al (2018) reforçam a confusão teórica dos discentes dos cursos da saúde para conceituar a bioética, mesmo esses tendo conhecimento acerca dos objetivos e dos princípios. Nesse sentido, reforçamos a importância de repensar como construir esta competência, essencial ao exercício profissional. **Considerações finais:** Há necessidade de formação além da ética em pesquisa e profissional. Rever ferramentas metodológicas utilizadas em todos os níveis de formação poderá fomentar mudanças. Deve-se conceber a bioética como ferramenta que mobiliza empatia, humanização e capacidade reflexiva. Assim, aposta-se que a graduação é um momento propício para o ensino na efetiva construção da identidade profissional.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, Luís Antero Reto Augusto. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.

BIONDO, Chrisne Santana; *et al.* Perspectivas do conhecimento da bioética pelos acadêmicos de saúde para atuação profissional. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 35, p. 63-74, 2018. . Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2023.

FERRARI, Aline Garcia; SILVA, Carolina Marqui da; SIQUEIRA, José Eduardo de. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/QrsFhSZP9KHVWDcxQzZTQbw/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 23 fev. 2023.

OLIVEIRA, Alexandre Faraco de; OLIVEIRA, Evelise Faraco de. Ética médica e bioética entre estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VjKLpqP39V7Dxy7v7cqVXfb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

Resumo 8

**HÁ AUTONOMIA NA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA? A VISÃO
DOS PROFISSIONAIS**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Modalidade: comunicação oral

XV Congresso Brasileiro de Bioética,

Vitória 2023



HÁ AUTONOMIA NA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA? A VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Tatiane da Silva Campos³

Andréia Patrícia Gomes⁴

Introdução: Desde 2014, as diretrizes que norteiam a atenção à pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) determinam que as equipes de atenção especializada ambulatorial do Sistema Único de Saúde devam ter o usuário como foco do processo de escolha e decisão sobre qual a modalidade de Terapia Renal Substitutiva (TRS) será realizada. Portanto, a tomada de decisão deverá ser direcionada juntamente com a equipe de saúde, ocorrendo de forma compartilhada (BRASIL, 2014). **Objetivo:** Identificar a percepção dos profissionais sobre a autonomia do usuário no processo de escolha da TRS. **Método:** Trata-se de parte dos dados da tese “Implicações bioéticas na escolha da terapia renal substitutiva: o olhar do profissional de saúde”, realizada por estudo transversal descritivo, em que foram entrevistados 63 profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC de 4 instituições formadoras de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. Todos os profissionais foram convidados e aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e analisadas posteriormente pela técnica de Bardin. A pesquisa foi aprovada no CEP da unidade proponente Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o parecer 5.218.631. **Resultados:** Participaram 44 médicos (69,8%), 7 enfermeiros (11,1%), 7 nutricionistas (11,1%), 2 psicólogos (3,2%) e 3 assistentes sociais (4,8%). Esses foram questionados: Você considera que o paciente pode escolher a melhor modalidade para ele? Quarenta e nove profissionais disseram sim, sendo comentado que “não só pode, como deve e é direito”. Dois relataram que depende, especialmente se o paciente tiver condição sociocultural, se for

³ Doutoranda/Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz) e Professora/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro/Brasil, tatianedascampos@gmail.com

⁴ Professora/Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz) e Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa/Brasil, andreiapgomes@gmail.com

esclarecido, orientado, desde que não tenha contraindicação formal médica ou de enfermagem a alguma terapia. Sete relataram que deveriam poder, mas não é uma realidade na prática assistencial, especialmente pela indisponibilidade de vagas para Diálise Peritoneal (DP) e pelas políticas de acesso à fila de transplante (TX). A autonomia foi evidenciada nas falas especialmente pelo respeito ao direito do paciente em se recusar a fazer a TRS. **Discussão:** Há recomendação de que o processo de escolha ocorra segundo a condição clínica de saúde e de possibilidades, os tratamentos disponíveis no SUS, em associação ao desejo do usuário (BRASIL, 2018; DAUGIRDAS; PETER; TODD, 2016). Um estudo que avaliou o conhecimento de 676 pacientes em tratamento conservador sobre as diferentes modalidades de TRS, 43% relataram nenhum conhecimento sobre Hemodiálise, 57% sobre DP e 66% sobre TX (FINKELSTEIN et al, 2008). É notório que profissionais especialistas em Nefrologia possuem conhecimento técnico sobre essas possibilidades. Mas o seu papel é informar e capacitar o usuário e/ou a família sobre as TRS, suas respectivas vantagens e desvantagens, baseado nas melhores evidências científicas, para que efetivamente seja possível uma tomada de decisão compartilhada, com responsabilidade e pautada em princípios éticos, especialmente na autonomia (CASELLAS, 2022). **Considerações finais:** Apesar de estar bem clara e instituída a importância desse processo compartilhado, muitas vezes os profissionais de saúde não estão preparados ou se sentem inseguros para conversar com o usuário e incluí-lo no processo de tomada de decisão. Infelizmente é comum que o profissional direcione o usuário para o que ele considera elegível.

Referências

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, Luís Antero Reto Augusto. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2014. 37p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização,

funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736 Acesso em: 14 jul. 2021.

CASELLAS, J. Tomada de decisão compartilhada - Uma ação solitária ou solidária? Saúde Debate. Agosto, 2022. Disponível em: <https://saudedebate.com.br/colunistas/jociane-casellas/tomada-de-decisao-compartilhada/>. Acesso em: 16 jan. 2023.

DAUGIRDAS, J. T. B.; PETER, G. I.; TODD, S. Manual de diálise. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688p.

FINKELSTEIN, F. O.; et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. *Kidney Int*, v. 74, p.1178-1184, 2008.

Resumo 9

**TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO RIO DE
JANEIRO: UM RETRATO DA ENFERMAGEM**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Modalidade: comunicação oral

25º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF,

João Pessoa 2023

25 CBCENF



Título: TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL CRÔNICA NO RIO DE JANEIRO: UM RETRATO DA ENFERMAGEM

Autores:

- 1) Tatiane da Silva Campos
- 2) Andréia Patrícia Gomes

Resumo:

Introdução: Enfermeiros, membros de equipes de atenção especializada ambulatorial em Nefrologia, responsável por atender aos pacientes que estão em conservação da função renal, têm o papel de garantir que estes receberão atenção adequada para suprir as demandas advindas das necessidades de saúde e poderão auxiliar o exercício do autocuidado. Conhecer esses profissionais é etapa essencial para uma melhoria do cuidado desses usuários. **Objetivo:** Descrever o perfil dos enfermeiros que atuam nas equipes de tratamento conservador em centros formadores de profissionais especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Trata-se de parte dos dados de uma tese de doutorado intitulada “Implicações bioéticas na escolha da terapia renal substitutiva: o olhar do profissional de saúde”, realizada através de estudo transversal descritivo em que foram entrevistados 63 profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC de 4 instituições, sendo desses 7 enfermeiros. Todos os profissionais atuantes foram convidados e aceitaram participar da pesquisa através de entrevista presencial gravada. Os dados foram analisados por estatística descritiva. A pesquisa foi aprovada no CEP da unidade proponente Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca sob o parecer 5.218.631. **Resultados:** Participaram 7 enfermeiros (11,1% do total de profissionais). Todos são do sexo feminino, com idade média de $42,85 \pm 11,75$ anos, graduados entre 1987 e 2021; cinco profissionais são especialistas em Nefrologia (3 cursaram residência e 2 especializações lato

sensu) e dois estavam cursando, no momento, a especialização em Nefrologia na modalidade residência. Esses profissionais atuam, na Nefrologia, há $16,57 \pm 11,71$ anos e, no tratamento conservador, há $6 \pm 6,97$ anos. Quatro (57,14%) profissionais possuem mestrado. Todas as instituições possuem enfermeiros na equipe de tratamento conservador. Apesar de todos os centros serem formadores de profissionais na especialidade Nefrologia, apenas um oferece formação de enfermeiros. **Conclusões/Considerações:** A inserção de enfermeiros, especialmente especialistas, em todas as equipes de tratamento conservador é primordial. Porém, há uma inserção ainda mínima quando comparada ao número de médicos. É importante ressaltar que esses profissionais poderão atuar em pontos como adesão ao tratamento, estímulo ao autocuidado e atualização da caderneta vacinal desses usuários, todas essas questões chaves para evitar a progressão da doença renal crônica.

Descritores/Palavras chaves: Enfermagem em Nefrologia; Equipe de Assistência ao Paciente; Insuficiência Renal Crônica

Resumo 10

**PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE ESCOLHA DA
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA**

Tatiane da Silva Campos; Andréia Patrícia Gomes.

Modalidade: Pôster

74º Congresso Brasileiro de Enfermagem – CBEN,

Rio de Janeiro 2023



74 CBEN

Eixo 1 – 3.1.8 Estudos das especialidades de enfermagem relacionados ao cuidado e políticas sociais

Título: PERCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Autores:

- 1) Tatiane da Silva Campos
- 2) Andréia Patrícia Gomes

Resumo:

Introdução: A escolha da Terapia Renal Substitutiva (TRS) deve ocorrer através da tomada de decisão compartilhada. O amparo da equipe multiprofissional possibilita o desenvolvimento da autonomia e escolhas conscientes. O enfermeiro, como membro da equipe, tem o dever de compreender seu papel nesse processo. **Objetivo:** Descrever as percepções dos enfermeiros sobre o processo de escolha da TRS. **Métodos:** Trata-se de parte dos dados da tese “Implicações bioéticas na escolha da terapia renal substitutiva: o olhar do profissional de saúde”, realizada por estudo transversal descritivo em que foram entrevistados 63 profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC de 4 instituições formadoras de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, sendo desses 7 enfermeiros. Todos os profissionais foram convidados e aceitaram participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e analisadas pela técnica de Bardin. A pesquisa foi aprovada no CEP da unidade proponente sob o parecer 5.218.631. **Resultados:** 100% são do sexo feminino; idade média de $42,85 \pm 11,75$ anos; graduadas entre 1987 e 2021. As enfermeiras compreendem sua participação no processo como: responsáveis pela orientação das TRS, suas vantagens e suas desvantagens; conversar, explicar e acolher quando o usuário recebe a notícia de que irá iniciar a TRS. É citada a orientação do familiar para acompanhamento desse processo. Há consenso sobre o direito de o paciente

escolher TRS, porém a equipe verificará se é possível a realização da escolhida. Ressalta-se que na grande maioria das vezes não há possibilidade de escolha, e o paciente inicia pela Hemodiálise. **Conclusões:** O papel da enfermagem é claro no processo. Porém há uma dificuldade em exercer autonomia do usuário, pois a possibilidade de escolha não é efetiva. **Implicações para o campo da saúde e Enfermagem:** é necessário repensar estratégias capazes de aperfeiçoar o cuidado. A disponibilidade de acesso a todas as TRS necessita ser revista, especialmente por gestores.

Descritores/Palavras chaves: Enfermagem em Nefrologia; Equipe de Assistência ao Paciente; Insuficiência Renal Crônica

6. DISCUSSÃO

Anualmente o número de pacientes que iniciam a TRS vem aumentando gradativamente. Segundo o censo de diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) do ano 2022, o total estimado de pacientes em diálise é de 153.831, sendo que, em 2021, era de 148.363. Esse crescimento vem sendo apresentado ano após ano com a divulgação do censo pela SBN. Vale destacar que esse mesmo documento apresenta que a grande maioria desses pacientes realiza a terapia pelo SUS e fazem a HD como modalidade (95,8%). Apenas 4,1% desses pacientes fazem DP. Ressaltamos que a maioria dos serviços está localizado na região sudeste (SBN, 2023). Esses dados corroboram com o que encontramos, pois nossa pesquisa foi realizada no Rio de Janeiro, e o relato dos profissionais expressa que a maioria dos pacientes entra em HD como terapia inicial.

O *guideline* publicado pela *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) em 2018 que trata da terapia renal substitutiva e tratamento conservador ressalta que é dever do profissional “assegurar que as decisões sobre modalidades de TRS ou manejo conservador sejam feitas em conjunto com a pessoa (ou seus familiares ou cuidadores de crianças ou adultos incapazes) e equipe de saúde”, sempre considerando a qualidade e a expectativa de vida, os fatores individuais que interferem nos riscos e nos benefícios da realização de transplante, as preferências da pessoa e as condições coexistentes. Ressalta-se que é necessário “permitir que as pessoas e suas famílias / cuidadores tomem decisões embasadas através da oferta de informações equilibradas e precisas” sobre todos os tratamentos disponíveis, não esquecendo que além das modalidades de TRS, é necessário falar sobre a possibilidade de manter-se em tratamento conservador, informando o provável prognóstico caso se inicie a diálise, após a possível realização do transplante, e como os tratamentos podem afetar suas vidas; ou a possibilidade de manutenção do tratamento conservador e possibilitar cuidados em fim de vida (NICE, 2018).

O documento ainda reforça que é necessário oferecer às pessoas (e seus familiares ou cuidadores) oportunidades de rever a decisão sobre modalidades de TRS, caso essa não se adeque ao que era esperado; oferecer a possibilidade de transplante preventivo de doador vivo (quando houver alguém disponível e compatível) ou a possibilidade de listagem precoce para o transplante de doador falecido para pessoas consideradas elegíveis após avaliação. Ressaltamos que identificamos que essa fala vai de acordo ao que foi colocado pelos profissionais, porém destacamos que não há nenhuma menção à idade, e sim a uma avaliação completa. Sabemos que, com a expectativa de vida aumentada em nossa sociedade, cada vez

mais é possível encontrar pessoas com idades mais avançadas e que tem total possibilidade de manter-se em TRS com melhores possibilidades e desfechos, como é possível pensar em tratamentos como o transplante. Não é admissível ainda relacionar a idade avançada à falta de possibilidade de escolha de seu tratamento. A moralidade comum expressa nesse tipo de pensamento e que o relaciona ao utilitarismo social não deve nunca se sobrepor à autonomia, que deve ser sempre prioridade, exceto nos casos em que ela não pode ser exercida. Nesse tipo de situação, o que é aceitável é a participação de familiares que poderão auxiliar nesse processo de tomada de decisão, tornando essa efetivamente compartilhada. É também importante falar sobre morte e a possibilidade de morrer, devido à impossibilidade de tratamentos a todas as pessoas, uma vez que essa também deve fazer parte do papel educativo do profissional de saúde. “Supõe-se que esse medo percorra os problemas de comunicação entre pacientes, familiares e médicos, e que seja necessário um exercício do médico assistente para abordar” essa temática (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002; NICE, 2018; FORERO; *et al*, 2020).

Uma revisão narrativa da literatura realizada por Arruda *et al* (2020) que trata de diretivas antecipadas e a postura de profissionais mostra que esses apresentam “interesse em respeitar a autonomia de seus pacientes e concorda que a presença de uma diretiva antecipada de vontade auxilia no processo de tomada de decisão”, porém afirmam que outros fatores podem ser levados em consideração e mudar a conduta, como preocupações com questões legais, a influência dos familiares, questões e fatores culturais e religiosos. Outro ponto importante levantado pelos autores foi: “é de fundamental importância que os médicos, principalmente os que lidam com doentes crônicos ou críticos, discutam e orientem seus pacientes quanto à existência das diretivas, como também todo seu processo de formalização”. Vale destacar que isso é primordial de se pensar no atendimento aos pacientes com doença renal e que esse ponto pode trazer ações que levam a um cuidado mais humano e que leve em consideração a clínica, mas também as vontades do usuário para com sua vida. Vale ressaltar que, no Brasil, essa prática ainda não é totalmente legalizada e que precisamos também falar sobre regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade. Mas podemos já ir preparando os profissionais através da educação continuada para que essa possibilidade passe a ser vislumbrada com mais naturalidade (ARRUDA; *et al*, 2020).

Vale destacar que pensamentos, atitudes e atuações, como as citadas anteriormente e tantas outras que surgiram ao longo das falas que foram analisadas, que são moralmente aceitas, só poderão ser consideradas inadequadas pelos profissionais à medida que esses

compreendem a bioética e os conflitos que perpassam sua atuação profissional. O paternalismo está comumente presente na formação de profissionais, especialmente no ensinamento de procedimentos clínicos, como diagnósticos e indicação de tratamentos. Porém, a prática precisa ser direcionada para a priorização das necessidades e demandas exigidas pelo paciente em seu contexto social. Nesse sentido, a formação precisa ser repensada para favorecer a atuação capaz de satisfazer as demandas e promover o cuidado conforme as indicações da política de humanização e as necessidades do SUS. Assim como foi possível identificar nesse estudo em ambiente universitário, Sanches e Fraiz (2022) também corroboram que o estudo da ética durante a formação ainda é deficitário, uma vez que é dedicado pouco tempo para essa aprendizagem, e isso gera “um *déficit* de domínio e de segurança do tema por parte do residente no ambiente profissional”. Porém, também é ressaltado pelos mesmos autores que anos de atuação profissional fazem com que a aprendizagem se consolide com as vivências e que isso pode resultar em mudanças de atitude (FABRO, 1999; BRASIL, 2004; OBREGÓN, ANJOS; 2018; SANCHES; FRAIZ, 2022).

Segundo autores, profissionais tendem a ter a percepção de que os pacientes terão mais confiança e acreditarão mais em sua atuação profissional se apresentarem atitudes paternalistas. Pacientes também tendem a ver o médico paternalista como um profissional responsável e respeitoso, além de ético. Porém, os mesmos autores apresentam que essa percepção é semelhante para o médico que fornece autonomia de decisão. Os profissionais com atitudes paternalistas são considerados mais úteis e competentes e possuem mais intenções de retorno e recomendações a outros conhecidos que necessitarem de cuidados (BREWER; ZAMPINO, 2020; KASSIRER; LEVINEB; GAERTIG, 2020). Esse fato sugere que o paternalismo, infelizmente, é presente não só na formação profissional, mas também está inserido como uma boa conduta para a população. É necessário cada vez mais estimular pacientes e profissionais à prática da participação nas decisões, especialmente as relacionadas à saúde.

A compreensão deve estar no fato de que a autonomia e o paternalismo não devem ser percebidos como rivais, e sim, como possibilidades de atuação dos profissionais que irão direcionar o seu exercício profissional e a sua oferta de assistência. Há necessidade de que as estratégias de decisão compartilhada sejam implementadas com vistas a favorecer a participação do usuário, com suporte profissional, que deve ser através de orientações, explicações e apresentação de casos semelhantes e quais condutas foram aplicadas, de modo que juntos, possam chegar a um senso comum e adequação de tratamento. Essa é a proposta

ideal e deve ser perseguida por todos os profissionais durante sua atuação (KASSIRER; LEVINEB; GAERTIG, 2020; LIMA; MACHADO, 2021).

Para proporcionar a conduta considerada ideal na Nefrologia e encaminhamento para TRS, é indicado ter tempo para preparar esse usuário e ser capaz de fornecer educação e todo o suporte necessário para que a autonomia seja desenvolvida e o processo de tomar decisões seja melhorado. Também é importante trabalhar com a rede de apoio e proporcionar diferentes visões culturais e possibilidades de atenção à saúde, além de estabelecer vínculos e uma boa relação entre profissionais e pacientes. Garantir que os aspectos positivos dessas influências sejam potencializados a fim de que a assistência oferecida seja satisfatória, especialmente aquelas realizadas por enfermeiros, é necessário. Pelo apresentado e também pelo crescente número de pacientes que necessitam iniciar TRS anualmente em todo o mundo, é de extrema importância capacitar os profissionais para oferecer esse tipo de cuidado e coordenar os processos em Nefrologia (WALKER; ABEL; MEYER, 2012).

Pacientes que são encaminhados para TRS referem que o apoio da equipe é um fator determinante para a aceitação do tratamento. Os cuidados desses profissionais com a realização do procedimento e as orientações são primordiais para aceitação da nova condição de vida e as mudanças que dela advém pela necessidade de tratamento. Porém, em situações de emergência, conforme descrito pelos profissionais que entrevistamos, é comum que não haja participação de forma ativa na tomada de decisão, consoante também apontado por Duarte e Hartmann (2018). Por esse motivo, ressaltamos que o fornecimento de informações e a possibilidade de uma assistência com garantia da autonomia de indivíduos é primordial, pois “por entenderem o tratamento como questão de sobrevivência, com o passar do tempo, observa-se que muitos pacientes se apresentam com um discurso que remete à conformidade frente a sua saúde e doença” (DUARTE; HARTMANN, 2018).

É comum, na rotina do profissional de saúde, “sobressair o olhar clínico, visando ao bem-estar físico e à efetividade do tratamento para os pacientes”, o que é compreensível, pois assim há o domínio do exercício da beneficência. E vale ainda destacar que a nossa formação é embasada na cura de enfermidades ou possibilidade de tratamentos que aliviam sintomas físicos. Porém, não podemos afirmar se a não maleficência está sendo preservada, uma vez que escolhas definidas somente pela equipe podem gerar dificuldade de aceitação e má aderência ao tratamento, possibilitando assim a ocorrência de problemas de ordem psicossociais. Quando o profissional exerce seu cuidado pensando apenas no fisiológico com enfoque na sobrevivência, deixam visível a pouca possibilidade de autonomia. É comum observar

em estudos que, no processo de escolha frente ao tipo de tratamento, percebe-se haver limitações (DUARTE; HARTMANN, 2018).

É comum que, pessoas com doença renal, mesmo em tratamento conservador, já sejam afastadas do trabalho e tenham assim a renda familiar comprometida prejudicando o acesso a bens e a serviços. Essa restrição acarreta em alterações na autonomia e autoestima deles. Um estudo com 109 pacientes identificou que é importante que eles recebam acompanhamento multiprofissional e que, assim, possam combinar a realização de tratamento com as atividades diárias, incluindo o trabalho. O assistente social, por exemplo, poderia atuar de maneira muito satisfatória junto deles. A educação com oferta de informações e de educação sobre crenças positivas e estimuladoras, desmentindo as crenças negativas que podem influenciar no tratamento, pode contribuir para a autonomia e a autoestima desses pacientes. O psicólogo pode ser um excelente apoio aos usuários para identificar todos esses pontos e trabalhar junto a melhora do usuário (JANSEN; et al, 2010). Conseguimos assim mostrar o quanto é importante a participação dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde.

Vale destacar que, quanto mais precoce esse tipo de intervenção for implementado, mais fácil poderá ser a adaptação do usuário de forma que ele consiga compreender a influência do tratamento da doença crônica na sua vida e, conseqüentemente, em fases mais avançadas em que já estiver em TRS, a autonomia poderá ser exercida mais plenamente, e a autoestima poderá ser estimulada, assim como a qualidade de vida será influenciada de forma positiva e adaptativa (JANSEN; et al, 2010).

Precisamos sempre repensar então nossa atuação e ponderar “a luta entre o poder do profissional de saúde e o direito do indivíduo de escolher livremente uma modalidade de tratamento”. Ressaltamos que se entende como poder a relação de dominação e de dependência existente no imaginário coletivo e na moralidade. “Garantir que o paciente tome uma decisão informada é, portanto, um desafio contínuo, pois eles estão participando de um delicado ato de equilíbrio entre não influenciar diretamente a decisão do paciente e garantir que ele seja informado com precisão” (HOLMES; PERRON; SAVOIE, 2006).

7. CONCLUSÕES

A partir da construção desse trabalho, foi possível identificar que a literatura aponta a importância da tomada de decisão compartilhada entre profissionais e pacientes, com respeito à autonomia e à indicação do melhor tratamento de acordo com as melhores evidências científicas, fornecendo orientação sobre vantagens e desvantagens de cada opção disponível, possibilitando escolhas esclarecidas e autônomas. O que a literatura aponta vai de acordo com o que é relatado pelos profissionais, reforçando a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS. Porém, identificamos através dos apontamentos dos profissionais que nem sempre há o respeito à autonomia, uma vez que há dificuldades em nível de sistema de saúde que impedem o exercício dessa ação plenamente, com acesso a todas as modalidades de TRS, destacando assim um ponto que precisa ser verificado por toda a Nefrologia, pois a justiça distributiva ainda deixa muito a desejar.

Porém, esse ponto coloca em destaque outro tema que é a desinformação do usuário, causada pela não oferta de informações por parte dos profissionais, retirando assim a possibilidade de autonomia. Os profissionais muitas vezes compreendem que não é necessário orientar o usuário, visto que não há possibilidade de ofertar o tratamento. Fica em destaque assim a existência de um conflito ético que não é percebido por esses.

Para que esses conflitos possam ser identificados, não podemos deixar de destacar a importância da formação, especialmente com o aprendizado da Bioética e com as discussões relativas à temática nos processos formativos, enfocando na construção de habilidades e nas competências que relacionam teoria à prática e a técnica à ética. Conforme colocado anteriormente, é necessário “tornar a formação do especialista em Nefrologia uma aliada da atenção à saúde humanizada e ao cuidado integral aos pacientes com doenças renais”. É necessário reforçar esse ponto para que se possa avançar na busca de melhor assistência a ser ofertada sempre.

Cada dia mais precisamos pensar sobre a necessidade de rever a introdução da Bioética nas grades curriculares de todo o processo formativo e, conseqüentemente, fazer com que os profissionais possam compreender a importância do estudo de conteúdos que perpassam a clínica e que são primordiais para a atuação. A ética não pode mais ser compreendida como algo intrínseco, e sim necessita ser estudada para que a ação humana, especialmente de profissionais de saúde, seja baseada em princípios como o respeito à autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Vale destacar que, com o estudo dessa

temática, o profissional pode perceber e se basear em outras teorias que poderão contribuir tanto quanto a teoria principialista, aqui estudada, para o desenvolvimento de habilidades éticas que irão se tornar atitudes, que poderão possibilitar a qualquer indivíduo que necessita de cuidado exercer sua autonomia e tomar decisões para com sua vida e tratamentos. É preciso pensar a educação para além do paternalismo que é comum a atuação de profissionais de saúde. Trabalhar a Bioética na formação de especialistas pode ser uma excelente estratégia que possibilitará uma mudança de paradigma. Durante a formação de profissionais, devemos contemplar as diversas possibilidades éticas, conforme Ferreira, Silva Junior e Batista (2015) apontam “para tornar possível uma moral mais maleável, fugindo da rigidez normativa da ética deontológica, que muitas vezes é a única base de dados éticos lógica dos profissionais”.

Um ponto primordial a ser levantado são as potencialidades identificadas nesses serviços, mostrando que as equipes são empenhadas em oferecer a melhor assistência que reflete na possibilidade de um melhor tratamento aos pacientes que estão no Rio de Janeiro, e temos com esse também a possibilidade de identificar o quanto os profissionais vêm sendo bem formados a partir da oferta de possibilidades de discussões sobre o acesso da população aos serviços de saúde, resultando assim em uma assistência baseada na beneficência e não maleficência.

Mas precisamos reforçar também a necessidade de ampliar a oferta de assistência dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional, com exceção do médico, com valorização desta. Ainda é muito diferente a relação de profissionais que compõem a equipe e sabemos que esses têm tamanha importância e participação nesse processo de escolha da TRS, identificando possibilidades biopsicossociais que poderão influenciar na qualidade de vida, realização do tratamento, integralidade do cuidado, diminuindo assim a emergência de conflitos éticos. Ressaltamos que também há uma escassez de publicações brasileiras e uma lacuna na discussão da atuação da equipe multiprofissional nesse contexto; há apresentação apenas do papel do médico no processo de decisão compartilhada, mas não podemos deixar de ressaltar o papel de todos os profissionais na atenção ao usuário.

Finalizando, identificamos que as questões éticas envolvidas no processo de escolha da TRS são muitas no tratamento conservador, e esperamos que após a descrição da percepção dos profissionais atuantes em serviços formadores de Nefrologistas do Rio de Janeiro, possamos repensar as estratégias empregadas e lutar por melhorias na assistência ofertada pela especialidade, especialmente no que diz respeito à valorização da autonomia dos indivíduos atendidos por esses serviços.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, L.K.; *et al.* Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epid**, v. 23, 2020.
- ALMEIDA, J. T. Da Moral Paternalista ao Modelo de Respeito à Autonomia do Paciente: os Desafios para o Ensino da Ética Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 1, p. 27-30, 2000.
- ANTONELLO, I. C. F.; FIGUEIREDO, C. E. P.; D'AVILA, D. O. Educação em Nefrologia: o processo ensino-aprendizagem na graduação da escola médica. *In: Atualidades em Nefrologia* **13**. São Paulo: Sarvier, 2014. p.73-77.
- ARRUDA, L. M. DE; *et al.* Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. **Einstein** (São Paulo), v. 18, p. eRW4852, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/GDFmFZ83YMM54mFQKwq3BBB/?lang=pt#>. Acesso em: 14 abr. 2023.
- BALON, R. Paradoxes of retreat from paternalism. **Annals of Clinical Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 233-234, 2019. Disponível: https://www.aacp.com/articles/online_view/paradoxes-of-retreat-from-paternalism/. Acesso em: 23 mar. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** – Tradução PINHEIRO, L. A. R. A. São Paulo: Editora 70, 2016. 279p.
- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, p. 93-108, 2011.
- BASTOS, M.G.; TIRAPANI, L.S.; FERNANDES, N.M.S. O encaminhamento tardio ao nefrologista, seu impacto no prognóstico e o comprometimento da eficiência no tratamento conservador. *In: SILVA JÚNIOR, G.B.; et al. A nefrologia e o sistema de saúde do Brasil*. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019. p. 109-123.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Tradução de PUDENZI, L. São Paulo: Loyola, 2002. 74p.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 7ª ed. New York: Oxford University Press, 2013.
- BELLAGUARDA, M. L. R.; PADILHA, M. I.; NELSON, S. Sociologia das profissões de Eliot Freidson: interpretação para a Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n.6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cG5ftwbPC5ZzSws56FMmbpF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, p. 139-54, 1998.

BERNS, J. S.; *et al.* Training the next generation's nephrology workforce. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v. 9, n. 9, p. 1639-1644, 2014.

BEZERRA, C. I. L.; SILVA, B. C.; ELIAS, R. M. Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: do anxiety, stress and depression matter? **BMC Nephrol**, v. 19, n. 98, 2018.

BIONDO, C. S.; *et al.* Perspectivas do conhecimento da bioética pelos acadêmicos de saúde para atuação profissional. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 35, p. 63-74, 2018. . Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200063&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.** Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer nº: CNE/CES 1.133/2001** - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso: 08 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, jun 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional no 001/2013.** Brasília, DF 2013. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf. Acesso em: 22 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2014. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014**. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 22, de 17 de setembro de 2018**. Código de Ética Médica. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRM nº 32, de 8 de julho de 2021**. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Nefrologia. Brasília, 2021. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRM-032-2021-07-08.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12/03: Dia Mundial do Rim**. 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/12-3-dia-mundial-do-rim/>. Acesso em: 05 nov. 2022.

BRENNAN, F.; *et al.* Time to Improve Informed Consent for Dialysis: An International Perspective. **Clinical Journal of the American Society Nephrology**. v. 12, n. 6, p. 1001-1009, 2017. Disponível em: <https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/12/6/1001.full.pdf?with-ds=yes>. Acesso em: 17 fev. 2023.

BREWER, C. D.; ZAMPINO, K. S. The narrative coherence standard and the dangers of excessive paternalism. **AJOB Neuroscience**, v. 11, n. 1, p. 43–45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21507740.2019.1704925>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRUM, A. N.; LEITE, S. G. T. Humanização do cuidado: o desvelar da relação médico-paciente. **Âmbito jurídico**, n. 130, 2014. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-130/humanizacao-do-cuidado-o-desvelar-da-relacao-medico-paciente/>. Acesso em: 17 jul. 2021.

CAMPBELL-CROFTS, S.; STEWART, G. How perceived feelings of "wellness" influence the decision-making of people with predialysis chronic kidney disease. **Journal of Clinical**

- Nursing**, v. 27, n. 7-8, p. 1561-1571, 2018. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.14220>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- CAMPOS, T. S.; GOMES, A. P. Autonomia e tomada de decisão na doença renal crônica. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 70, p. 8932–8950, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i70p8932-8950>. Acesso em: 16 mai. 2023.
- CASELLAS, J. Tomada de decisão compartilhada - Uma ação solitária ou solidária? **Saúde Debate**. Agosto, 2022. Disponível em: <https://saudedebate.com.br/columnistas/jociane-casellas/tomada-de-decisao-compartilhada/>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- CASSIDY, B. P.; *et al.* Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients With Chronic Kidney Disease: Qualitative Study. **Canadian Journal of Kidney Health and Disease**, v. 5, p. 1-9, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6178119/pdf/10.1177_2054358118803323.pdf. Acesso em: 17 fev. 2023.
- CHEN, N.H.; *et al.* Conflict when making decisions about dialysis modality. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1-2, p. e138-e146, 2018.
- CICOUREL, A. V. As manifestações institucionais e cotidianas do habitus. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 19, n. 1 p. 169-188, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/tSBYjHyk88sDRPVJxtbxwWf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.
- D'AVILA, R. L. Producing a moral code for medicine: advances and challenges in medical training. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 10, n. 2, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600019>. Acesso em: 17 jul. 2022.
- DAHLERUS, C.; *et al.* Patient Perspectives on the Choice of Dialysis Modality: Results From the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) Study. **Am J Kidney Dis**, v. 68, n. 6, p. 901-10, 2016.
- DAUGIRDAS, J. T. B.; PETER, G. I.; TODD, S. **Manual de diálise**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 688p.
- DINIZ, D. F.; *et al.* Bioética e diálise: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira De Bioética**, v. 14, ed. sup, p. 97–98, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/rbb.v14iedsup.26275>. Acesso em: 16 fev. 2023.
- DUARTE, L.; HARTMANN, S.P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Rev. SBPH**, v. 21, n. 1, p. 92-111, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a06.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023.
- ERLANG, A. S.; *et al.* Patients experiences of involvement in choice of dialysis mode. **Journal of Renal Care**, v. 41, n. 4, p. 260-267, 2015.
- FABBRO, L. Limitações Jurídicas à Autonomia do Paciente. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1,

1999. Disponível em:

https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286/425 Acesso em: 18 out. 2020.

FERNANDES, N. M. S. Unidade 4. **Assistência interdisciplinar ao paciente com Doença Renal Crônica**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2014.

FERRARI, A. G.; SILVA, C. M. DA; SIQUEIRA, J. E. DE. Ensino de bioética nas escolas de medicina da América Latina. **Revista Bioética**, v. 26, n. 2, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/QrsFhSZP9KHVWDcxQzZTQbw/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 23 fev. 2023.

FERRAZ, F. H. R. P.; RODRIGUES, C. I. S. The Brazilian Society of Nephrology Code of Conduct: a bioethical analysis. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 44, n. 2, p. 244-48, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0061>. Acesso em: 29 set. 2022.

FERREIRA, D. C.; SILVA JUNIOR, A. G. DA.; BATISTA, R. S. A Bioética na Tomada de Decisão na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 479-485, jul. 2015.

FORERO, L. M.; *et al.* Toma de decisiones centradas en la familia en la enfermedad renal crónica avanzada. De la autonomía individual a la autonomía familiar o comunitaria. **Acta bioeth.**, v. 26, n. 2, p. 215-224, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v26n2/1726-569X-abioeth-46-215.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2023.

FREIBERGER, M. H.; CARVALHO, D. D.; BONAMIGO, E. L. Comunicação de más notícias a pacientes na perspectiva de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 318-325, 2019.

FRIBERG, I. O.; *et al.* Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. **Peritoneal Dialysis International**, v. 38, n. 5, p. 334-342, 2018. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.3747/pdi.2017.00243?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&. Acesso em: 17 set. 2021.

FINKELSTEIN, F. O.; *et al.* Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. **Kidney Int**, v. 74, p.1178-1184, 2008.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335-342, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCF/?lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

GARCIA-LLANA, H.; *et al.* The Communication and Bioethical Training (CoBiT) Program for assisting dialysis decision-making in Spanish ACKD units. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, n. 4, p. 474-482, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, A.P.; *et al.* A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p.105-111, 2008.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>. Acesso em: 18 jul. 2021.

GOMES, A. P.; REGO, S. Pierre Bourdieu and medical education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 260-265, 2013.

GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; REGO, S. Epistemological anarchism of Paul Karl Feyerabend and medical education. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 1, p. 39-45, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100006>. Acesso em: 20 jul. 2021.

GONZALEZ, S. L.; TELLO, V. G. Docencia de la Medicina Intensiva. Aspectos bioéticos. **Rev. Bioética y Derecho**, v. 48, p. 149-62, 2020. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000100011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2022.

GUIMARÃES, M. C. S.; NOVAES, S. C. Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427. Acesso em: 18 fev. 2023.

HARWOOD, L.; CLARK, A. M. Understanding pre-dialysis modality decision-making: A meta-synthesis of qualitative studies. **International Journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 1, p. 109-120, 2013.

HARWOOD, L.; CLARK, A. M. Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 3378-90, 2014.

HERRERA-ANAZCO, P.; *et al.* Percepção dos médicos sobre a formação adquirida durante a especialização em Nefrologia no Peru. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 3, p. 333-340, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300333&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2021.

HOLMES, D.; PERRON, A. M.; SAVOIE, M. Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. **Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine**, v. 1, n. 12, 2006. Disponível em: <https://peh-med.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1747-5341-1-12.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

JANSEN, D.L.; *et al.* Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. **BMC Nephrol.**, v. 8, n. 11, p.35, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019121/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

JAYANTI, A.; *et al.* Healthcare decision-making in end stage renal disease-patient preferences and clinical correlates. **BMC Nephrol**, v. 16, n. 189, 2015.

JOHANSSON, L. Shared decision making and patient involvement in choosing home therapies. **Journal of Renal Care**, v. 39, Suppl. 1, p. 9-15, 2013.

KASSIRER, S.; LEVINEB, E. E.; GAERTIG, C. Decisional autonomy undermines advisees' judgments of experts in medicine and in life. **Proceedings of the National Academy of Sciences of United States of American - PNAS**, v. 117, n. 21, p. 11368–11378, 2020. Disponível em: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1910572117. Acesso em: 13 jul. 2021.

KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO). CKD Work Group. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease - KDIGO 2012. **Kidney International (Suppl)**, v. 3, p. 1-150, 2013.

KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE (KDOQI). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification - KDOQI. **American Journal Kidney Disease**, v. 39, p. 1-246, 2002.

KURELLA, T. M.; PERIYAKOIL, V. S. The patient perspective and physician's role in making decisions on instituting dialysis. **Nephrology Dialysis Transplantation**, v. 28, n. 11, p. 2663-2666, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3811061/pdf/gft379.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

LADIN, K.; *et al.* Discussing conservative management with older patients with ckd: an interview study of nephrologists. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 71, n. 5, p. 627-635, 2018.

LAM, D. Y.; O'HARE, A. M.; VIG, E. K. Decisions About Dialysis Initiation in the Elderly. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 46, n. 2, p. 298-302, 2013. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00330-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00330-8/fulltext). Acesso em: 17 fev. 2023.

LANE, C.; BROWN, M. Alignment of nephrology training with workforce, patient, and educational needs: an evidence based proposal. **Clin J Am Soc Nephrol.**, v. 6, n. 11, p. 2681-7, 2011.

LIMA, A. F. A.; MACHADO, F. I. S. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 44-54, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291445>. Acesso em: 23 jul. 2021.

LOPES, J. R. D. Autonomia, confiança e boa-fé – um diálogo entre a bioética e os princípios do contrato. In: Encontro Nacional do CONPEDI, 2012, Uberlândia. **Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI**, p. 795-821, 2012. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5052597562444938>. Acesso em: 02 jan. 2023.

MACHADO, M. H.; *et al.* Perfil dos nefrologistas no Brasil . **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 22, n. 3, p. 10-16, 2000. Disponível em:

http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/24_perfil%20dos%20nefrologistas.pdf. Acesso em: 19 abr. 2021.

MALKINA, A.; TUOT, D. S. Role of telehealth in renal replacement therapy education. **Semin Dial**, v. 31, n. 2, p. 129-34, 2018.

MARQUES, L. M. N. S. DA R.; *et al.* Quais são os valores morais essenciais para a formação médica? **Revista Bioética**, v. 28, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FD33TnHs5CZhGV5QPvZTYbm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MARTIN, D. E.; *et al.*; ASN-ERA-EDTA-ISN Joint Working Group on Ethical Issues in Nephrology. Ethical challenges in nephrology: a call for action. **Nat Rev Nephrol.**, v. 16, n. 10, p. 603-613, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41581-020-0295-4>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MARTINS, M. I. C. A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 287-310, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200005>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MARTINS, V.; SANTOS, C.; DUARTE, I. Educar para a bioética: desafio em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/rqVCMhjwsptWPV3wXxrsqPH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MANNS, B. J.; *et al.* The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. **Kidney Int**, v. 68, n. 4, p. 1777-83, 2005.

MATTA, S. M.; *et al.* Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. **J Bras Nefrol**, v. 36, n 2, p.241-245, 2014.

MOIST, L. M.; AL-JAISHI, A. A. Preparation of the Dialysis Access in Stages 4 and 5 CKD. **Adv Chronic Kidney Dis.**, v. 23, n. 4, p. 270-275, 2016.

MOONEY A. Decision Making around Dialysis Options. **Cont Nephrol**, v. 163, p. 257-60, 2009.

MOONEY A. How to Select among Dialysis Options. **Cont Nephrol**, v. 178, p. 278-83, 2012.

MORTON, R. L.; *et al.* Patient INformation about Options for Treatment (PINOT): a prospective national study of information given to incident CKD Stage 5 patients. **Nephrol Dial Transplant**, v. 26, n. 4, p. 1266-74, 2011.

MORTON, R. L.; *et al.* Factors influencing patient choice of dialysis versus conservative care to treat end-stage kidney disease. **Canadian Medical Association or its licensors**, v. 184, n. 5, p. 277-83, 2012.

MOURA, A. C. A. DE; *et al.* Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de**

Educação Médica, v. 44, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/rFwC8ScKrLvKzZQLfs7gznF/?lang=pt#>. Acesso em: 16 fev. 2023.

MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SUASSUNA, J. H. R. Renouncement of renal replacement therapy: withdrawal and refusal. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, p. 312-322, 2017.

MOURA-NETO, J. A.; MOURA, A. F.; SUASSUNA, J. H. R. When dialysis is not a good option: a narrative review of the dilemma of renouncing renal replacement therapy. In: **Renal Replacement Therapy - Controversies And Future Trends**, 2018. p. 43-59.

MUÑOZ, D. R.; FORTES P. A. C. O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. In: COSTA, S. I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

MURRAY, M.A.; *et al.* Whose Choice Is It? Shared Decision Making in Nephrology Care. **Seminars in dialysis**, v. 26, n. 2, p. 169-74, 2013.

NICE *guideline*. **Renal replacement therapy and conservative management**. 2018. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng107. Acesso em: 12 abr. 2023.

NOBLE, H.; *et al.* Clinician views of patient decisional conflict when deciding between dialysis and conservative management: Qualitative findings from the Palliative Care in chronic kidney disease (PACKS) study. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 10, p. 921-931, 2017. Disponível em: DOI: 10.1177/0269216317704625. Acesso em: 17 fev. 2023.

NOBRE, A. L. C. S. D.; *et al.* Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 373-386, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DPxR6NxLgWzKhpcm6YvXqVq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 mar. 2023.

NORA, C. R. D.; *et al.* Ética e segurança do paciente na formação em enfermagem. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/sqMWbFNKKqdGHkRGw6GrZZk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

OBREGÓN, J. M. V.; ANJOS, M. F. O Nefrologista entre o poder e a vulnerabilidade em tempos tecnológicos. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 40, n. 4, p. 403-409, 2018.

OKEL, J.; *et al.* Nephrology training curriculum and implications for optimal kidney care in the developing world. **Clin Nephrol.**, v. 86, n. 13, p.110-113, 2016.

OLIVEIRA, A. E. F.; *et al.* **Curso de Especialização em Nefrologia Multidisciplinar: Guia do Aluno UNA-SUS**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). São Luís, 2014.

OLIVEIRA, A. F. DE; OLIVEIRA, E. F. DE. Ética médica e bioética entre estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VjKLpP39V7Dxy7v7cqVXfb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

em: 16 fev. 2023.

OLIVEIRA, E. L. DE; *et al.* Falhas de comunicação e epistemológicas limitam a abordagem da Bioética na formação e na prática em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 25, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Lr4qrTYQNSzbzKLJxkcLmXx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 fev. 2023.

OLIVEIRA, J. G. R.; OLIVEIRA, M. R. B.; SILVA JUNIOR, G.B. Impacto econômico da Doença Renal Crônica no Sistema de Saúde do Brasil. In: SILVA JÚNIOR, G.B.; *et al.* **A nefrologia e o sistema de saúde do Brasil**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2019. p. 70-78.

OLIVEIRA, N.B.; SILVA, F.V.C.; ASSAD, L.G. Competências do enfermeiro especialista em nefrologia. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 3, p. 375-80, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuertj/article/viewFile/9789/13777>. Acesso em: 16 fev. 2023.

OLIVEIRA, N. C.; PEÇANHA, T. B. A.; FONSECA, C. S. G. Desafios enfrentados pelos enfermeiros para garantir sua autonomia no cenário de alta complexidade. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 50, p. 1842–1850, 2020.

PEREIRA, E.; *et al.* Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 38, n. 2, p. 215-224, 2016.

PICCOLI, G. B.; SOFRONIE, A. C.; COINDRE, J. P. The strange case of Mr. H. Starting dialysis at 90 years of age: clinical choices impact on ethical decisions. **BMC Med Ethics**, v. 18, n. 1, p. 61, 2017.

PONTES, A. C.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006.

PORTER, E.; WATSON, D.; BARGMAN, J. M. Education for patients with progressive CKD and acute-start dialysis. **Adv Chronic Kidney Dis**, v. 20, n. 4, p. 302-310, 2013.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008. Disponível em: DOI: 10.1590/S0100-55022008000400011. Acesso em: 17 set. 2021.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para profissionais da saúde**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2020. 159 p. ISBN: 978-85-7541-182-7.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 6ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 1136p.

ROCHA, H. Brasil - Nefrologia. **Revista Nefrologia**, v. XII, supl. 3, 1992. Disponível em: <https://www.revistanefrologia.com/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0211699592046824>. Acesso em: 17 set. 2021.

RODRIGUES, R. A. D. C.; SILVA, É. Q. Diálise e direito de morrer. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 394-400, 2019.

ROSANSKY, S. J.; *et al.* Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. **BMC Nephrology**, v. 18, n. 200, p. 1-10, 2017. Disponível em: DOI 10.1186/s12882-017-0617-3. Acesso em: 22 jan. 2023.

SANCHEZ, T. H. B.; FRAIZ, I. C. Ética médica e formação do médico. **Revista Bioética**, v. 30, n. 2, p. 284-299, 2022.

SANCHEZ-TOMERO, J. A. Thoughts on the start and withdrawal of dialysis. **Nefrologia**, v. 33, n. 6, p. 758-753, 2013.

SANTOS, R. L. G.; *et al.* Evaluation of the knowledge of chronic renal patients in conservative treatment about dialytic modalities. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 651-660, 2015.

SHELL, J. O.; COHEN, R. A. Communication Framework for Dialysis Decision-Making for Frail Elderly Patients. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 9, n. 11, p. 2014-2021, 2014. Disponível em: DOI 10.2215/CJN.02190314. Acesso em: 22 jul. 2021.

SHELL, J. O.; O'HARE, A. M. Illness trajectories and their relevance to the care of adults with kidney disease. **Curr Opin Nephrol Hypertens**, v. 22, n. 3, p. 316-24, 2013.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad Saúde Pública**, v. 17, p. 949-56, 2001.

SCHREIDER, A.; FERNANDES, N. M. S. Avaliação do conhecimento sobre terapia renal substitutiva dos profissionais de saúde nas regiões de Juiz de Fora, São João Nepomuceno e Santos Dumont. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 37, n. 3, p. 382-384, 2015.

SCOTT, J.; *et al.* Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: a secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study. **BMJ Open**, v. 8, 2018.

SEAH, A. S.; *et al.* Opting out of dialysis – Exploring patients' decisions to forego dialysis in favour of conservative non-dialytic management for end-stage renal disease. **Health Expect**, v. 18, n. 5, p. 1018-29, 2015.

SHUKLA, A. M.; *et al.* Effects of a comprehensive predialysis education program on the home dialysis therapies: a retrospective cohort study. **Perit Dial Int.**, v. 37, n. 5, p. 542-547, 2017.

SIMÕES, Â.; SAPETA, P. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 244-252, 2019.

SILVA, A. L. N. V.; *et al.* Relação entre tempo de exercício profissional e ocorrências éticas em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23058/26826>. Acesso em: 23 fev.

2023.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; *et al.* Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 159-170, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>. Acesso em: 8 jul. 2021.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 111-119, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM NEFROLOGIA (SOBEN). **Título de Especialista Enfermagem em Nefrologia - 2022**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://soben.org.br/wp-content/uploads/2022/07/edital-de-concurso-para-titulo-SOBEN-2022.pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Normas para credenciamento e recredenciamento de Serviços de treinamento em Nefrologia**. São Paulo, 2018. Disponível em: https://arquivos.sbn.org.br/pdf/informacoes_uteis/Normas_Credenciamento.pdf. Acesso em: 18 abr. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise 2021**. Brasil: SBN, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise 2022**. Brasil: SBN, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Título de Especialista em Nefrologia - Edital 2022**. São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/2022_noticias/Edital_da_Prova_de_Titulo_de_Especialista_em_Nefrologia_2022.pdf. Acesso em: 27 set. 2022.

SOUSA, C. N. D.; *et al.* Percepção de portadores de doença renal crônica sobre o tratamento hemodialítico. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 64, p. 5594–5603, 2021.

STRYCKERS, M.; NAGLER, E.; BIESEN, W. The Need for Accurate Risk Prediction Models for Road Mapping, Shared Decision Making and Care Planning for the Elderly with Advanced Chronic Kidney Disease. **PRILOZI**, v. 37, n. 2-3, p. 11-23, 2016.

THAKAR, C. V. Future of Nephrology Workforce: Reimagining Educational Value. **Adv Chronic Kidney Dis.**, v. 27, n. 4, p. 277-278, 2020.

TESO, A. D.; *et al.* Comment adapter une offre éducative aux spécificités des patients atteints d'insuffisance rénale chronique? **Nephrologie & Thérapeutique**, v. 15, p. 193-200, 2019.

TESSER, C. D. A.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>. Acesso em: 05 jan. 2023.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. The principle of autonomy in Brazil: one needs to discuss it. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v. 41, p. 374-377, 2014.

VILLAS-BÔAS, M. E. A ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. **Rev Bioét.**, v.16, p. 61-83, 2008.

WALKER, R.; ABEL, S.; MEYER, A. Perceptions of key influences on effective pre-dialysis nursing care. **Contemp Nurse**, v. 42, n. 1, p. 28-35, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2012.42.1.28>. Acesso em: 17 set. 2021.

WINTERBOTTOM, A.; *et al.* Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. **Health Expectations**, v. 17, p. 710–723, 2012.

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prezado chefe de serviço, agradecemos imensamente sua participação. Após assinatura da carta de anuência, por favor, nos responder as seguintes perguntas:

Serviço:

Número de ambulatórios:

Dias da semana que funcionam os ambulatórios:

Número de pacientes atendidos por semana:

Recebe novos paciente pelo sistema de regulação? () SIM () NÃO

Se sim, número semanal:

Profissionais atuantes na equipe:

() Médico () Enfermeiro () Assistente Social

() Psicólogo () Nutricionista () outro _____

Descreva brevemente a dinâmica de acompanhamento, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa

APÊNDICE B – ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS

A. Características gerais

1. Identidade de gênero:
2. Idade: _____ anos
3. Formação: () Médico () Enfermeiro () Assistente Social () Psicólogo
() Nutricionista () outro _____
4. Ano de formação (Graduação): _____
5. É especialista em Nefrologia () Sim () Não () A especialização está em curso
6. Qual curso fez ou faz: () Residência () Especialização
7. Instituição de formação em Nefrologia: _____
8. Ano de formação em Nefrologia: _____
9. Tempo de atuação em Nefrologia: _____ anos
10. Tempo de atuação nesta instituição: _____ anos
11. Tempo de atuação em tratamento conservador: _____ anos
12. Maior titulação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
13. Possui outra formação? () Não () Sim. Qual? _____

Entrevista – formação em bioética

1. Na sua formação houve algum momento em que foram apresentados conceitos de ética e bioética? Se, sim quando? Como?
2. Durante a formação em Nefrologia, você teve contato com alguma disciplina que abordasse os temas da bioética? Qual? (is)?
3. Quais conteúdos você gostaria de estudar sobre o tema bioética em Nefrologia?
4. O quanto você considera importante para sua prática profissional o ensino de aspectos bioéticos na Nefrologia? Por quê?

Entrevista – Processo de decisão para a instituição da Terapia Renal Substitutiva

1. Conte-me um pouco como acontece o processo de tomada a decisão de instituir terapia de substituição renal para os seus pacientes?
2. É uma decisão individual ou de equipe? Se é uma decisão individual, quem é o responsável? Se é uma decisão em equipe, quem participa?
3. Qual é a participação do paciente no processo?

4. Você costuma esclarecer seu paciente sobre todas as modalidades de tratamento? Acredita que isso é uma competência sua?
5. Como você verifica se o paciente compreendeu todas as modalidades de tratamento?
6. Você utiliza alguma ferramenta computacional, aplicativo ou tecnologia para auxiliar ou direcionar a tomada de decisão? Se sim, qual e como ela pode lhe auxiliar?
7. Você considera que o paciente pode escolher a melhor modalidade para ele? Porque ele pode/não pode escolher?
8. Você já vivenciou algum problema bioético no processo de tomada de decisão da TRS? Se sim, conte brevemente.
9. Você utiliza ferramentas da bioética para decidir com relação a TRS de seus pacientes? Se sim, Como? Quando? De que forma?
10. Você entrega algum termo de consentimento sobre início de diálise e escolha da terapia para o paciente assinar? Acredita que isso é importante?

ANEXO A - TERMOS DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI)

Termo de Anuência Institucional (TAI)

Pesquisa: "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde"

Responsável: Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Andréia Patrícia Gomes.

Solicitamos autorização para realização do projeto que tem como objetivo geral: Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde; e como objetivos específicos: Realizar revisão da literatura, buscando avaliar como está sendo a inserção e o ensino da disciplina de bioética nos cursos formação de especialistas em nefrologia; Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos princípios e correntes da bioética; Identificar a participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

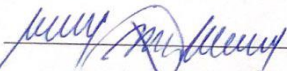
Serão convidados a participar todos os profissionais especialistas ou especializando em nefrologia e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. A participação é voluntária, e portanto, não obrigatória. A participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista presencial ou virtual, com algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. Essa será agendada com o participante. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Informamos que os riscos para os participantes desta são provenientes da sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas à sua atuação profissional. Entretanto garantimos que os dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua individualidade e garantindo assim anonimato. A participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição.

Rio de Janeiro, 23 de DEZEMBRO de 2021.

Nome Responsável Institucional: ANDRÉ LUÍS BARREIRA

Assinatura do Responsável Institucional: 

Carimbo, CNPJ ou CPF do responsável: _____

André Luís Barreira
Médico Nefrologista
MD, PhD
CREMERJ 52.52984-5



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Direção Geral

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ) está de acordo com a execução do projeto **IMPLICAÇÕES BIOÉTIICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: O OLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**, coordenado pelo(a) Pesquisador(a) Tatiane da Silva Campos do(a) Escola Nacional de Saúde Pública, onde serão realizados os seguintes procedimentos:

- Procedimento 1: Entrevista aos profissionais atuantes no ambulatório de tratamento conservador da Doença Renal Crônica - Nefrologia
- Procedimento 2:
- Procedimento 3:
- Procedimento 4:
- Procedimento 5:
- Procedimento 6:

A Direção Geral do HUCFF/UFRJ assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante sua realização. Esta instituição se compromete a assegurar a segurança e bem estar dos participantes, em atendimento à Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, item XV do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, segundo o Art. 6º da mesma Resolução, os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 2022



Amauri Pezzuto
Diretor Geral Substituto
HUCFF/UFRJ
eLSP: 017553

Dr. Marcos Alpoim Freire
Diretor Geral do HUCFF-UFRJ

Termo de Anuência Institucional (TAI)

Pesquisa: "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde"

Responsável: Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Andréia Patrícia Gomes.

Solicitamos autorização para realização do projeto que tem como objetivo geral: Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde; e como objetivos específicos: Realizar revisão da literatura, buscando avaliar como está sendo a inserção e o ensino da disciplina de bioética nos cursos formação de especialistas em nefrologia; Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos princípios e correntes da bioética; Identificar a participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

Serão convidados a participar todos os profissionais especialistas ou especializando em nefrologia e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. A participação é voluntária, e portanto, não obrigatória. A participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista presencial ou virtual, com algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. Essa será agendada com o participante. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Informamos que os riscos para os participantes desta são provenientes da sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas à sua atuação profissional. Entretanto garantimos que os dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua individualidade e garantindo assim anonimato. A participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo.

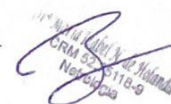
Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição.

Rio de Janeiro, 15 de dezenembro de 2021

Nome Responsável Institucional: MARIA IZABEL NEVES DE M. BARBOSA

Assinatura do Responsável Institucional: Maria Izabel Neves de M. Barbosa

Carimbo, CNPJ ou CPF do responsável: 08267788784



Termo de Anuência Institucional (TAI)

Pesquisa: "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde"

Responsável: Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Andréia Patrícia Gomes.

Solicitamos autorização para realização do projeto que tem como objetivo geral: Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde; e como objetivos específicos: Realizar revisão da literatura, buscando avaliar como está sendo a inserção e o ensino da disciplina de bioética nos cursos formação de especialistas em nefrologia; Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos princípios e correntes da bioética; Identificar a participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

Serão convidados a participar todos os profissionais especialistas ou especializando em nefrologia e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. A participação é voluntária, e portanto, não obrigatória. A participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista presencial ou virtual, com algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. Essa será agendada com o participante. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Informamos que os riscos para os participantes desta são provenientes da sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas à sua atuação profissional. Entretanto garantimos que os dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua individualidade e garantindo assim anonimato. A participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2021.

Nome Responsável Institucional: José Hermógenes Rocco Suassuna

Assinatura do Responsável Institucional: [Assinatura]

Carimbo, CNPJ ou CPF do responsável: CPF 708857537-04

José H. R. Suassuna
CRM 52.35601-9
CPF 708.857.537-04

ANEXO A - Termo de Anuência Institucional (TAI)

Pesquisa: "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde"

Responsável: Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr. Andréia Patrícia Gomes.

Solicitamos autorização para realização do projeto que tem como objetivo geral: Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde; e como objetivos específicos: Realizar revisão da literatura, buscando avaliar como está sendo a inserção e o ensino da disciplina de bioética nos cursos formação de especialistas em nefrologia; Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos princípios e correntes da bioética; Identificar a participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

Serão convidados a participar todos os profissionais especialistas ou especializandos em nefrologia e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. A participação é voluntária, e portanto, não obrigatória.

A participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista presencial ou virtual, com algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sócio demográficos pessoais. Essa será agendada com o participante. A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.106

Informamos que os riscos para os participantes desta são provenientes da sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas à sua atuação profissional. Entretanto garantimos que os dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua individualidade e garantindo assim anonimato. A participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua instituição.

Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 2021.

Nome Responsável Institucional:

HENRIQUE NOVO COSTA PEREIRA

Assinatura do Responsável Institucional

Henrique Novo Costa Pereira

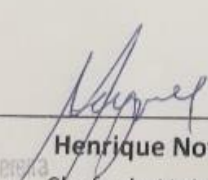
Carimbo, CNPJ ou CPF do responsável:

002.252.577-77

**HU Gaffrée
Guinle****EBSERH**
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAISMinistério da
EducaçãoUNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**TERMO DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA
NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DO HUGG**

Eu **Henrique Novo Costa Pereira**, na qualidade de responsável pelo **Serviço de Nefrologia**, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde**" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Tatiane da Silva Campos**, e declaro que este serviço apresenta as condições mínimas necessárias à realização da referida pesquisa. Este termo é válido apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética avaliador do estudo.

Rio de Janeiro 08 de Fevereiro de 2022.


Henrique Novo Costa Pereira
Nefrologia
CRM: 52.48102-9

Henrique Novo Costa Pereira – SIAPE3190326
Chefe de Unidade de Terapia Renal Substitutiva
Serviço de Nefrologia
HUGG UNIRIO EBSERH

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado profissional,

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a), a participar do estudo intitulado(a) "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde", conduzida por Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Andréia Patrícia Gomes.

Este estudo tem por objetivo geral descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde.

Você foi selecionado(a) por ser profissional especialista, especializando em Nefrologia ou com experiência e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. Sua participação é voluntária, e portanto, não obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma."

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista online, que será agendada. Você responderá algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação e a privacidade das informações por você prestadas.

A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar sua imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado".

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Informamos que os riscos para os participantes desta pesquisa considerados foram: sensação de constrangimento, desconforto e

de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas a sua atuação profissional. Entretanto garantimos que seus dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua individualidade e garantindo assim seu anonimato. Sua participação na pesquisa não é remunerada nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Além disso, comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os achados da pesquisa que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados

Caso você concorde em participar desta pesquisa, envie uma via assinada para a pesquisadora responsável, e iremos agendar a entrevista o mais breve possível.

Os dados do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa (telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP) encontram-se ao final. Por esses, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: Tatiane da Silva Campos *Tatiane da Silva Campos*

Contato: tatianedascampos@gmail.com;(32)98811-5257;(21)2137-7121.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contato CEP/ENSP: (21) 2598-2863; E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisapara> maiores informações.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado profissional,

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a), a participar do estudo intitulado(a) "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde", conduzida por Tatiane da Silva Campos, discente de Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Andréia Patrícia Gomes.

Este estudo tem por objetivo geral descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde.

Você foi selecionado(a) por ser profissional especialista ou especializando em Nefrologia e atuante em equipe de atendimento em tratamento conservador. Sua participação é voluntária, e portanto, não obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma."

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista que poderá ser presencial ou online, via plataforma Google Meet (conforme sua preferência), agendada previamente. Reiteramos que pode-se optar pela entrevista online devido a necessidade de restrição social imposta pela pandemia de Covid-19. Você responderá algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação e a privacidade das informações por você prestadas.

A entrevista será gravada para posterior transcrição. Na divulgação dos resultados não será necessário utilizar sua imagem em foto e/ou vídeo e/ou a gravação feita em áudio. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado".

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Informamos que os riscos para os participantes desta pesquisa considerados foram: sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas a sua atuação profissional. Entretanto garantimos que seus dados pessoais serão guardados com sigilo, respeitando sua

individualidade e garantindo assim seu anonimato. Sua participação na pesquisa não é remunerada e nem implicará em gastos. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido a sua participação no estudo. Por eventuais danos decorrentes da pesquisa, será garantida a indenização, nos termos da Lei e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Além disso, comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os achados da pesquisa que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados. Reiteramos que será realizada devolutiva dos principais achados encontrados após análise dos dados, através do e-mail,.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, envie uma via assinada para a pesquisadora responsável, e iremos agendar a entrevista o mais breve possível.

Os dados do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa (telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP) encontram-se ao final. Por esses, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: Tatiane da Silva Campos *Tatiane da Silva Campos*

Contato: tatianedascampos@gmail.com;(32)98811-5257;(21)2137-7121.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contato CEP/ENSP: (21) 2598-2863; E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

CONTATO CEP DO HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO (CEP-HFB): TEL: (21) 3977-9833 - E-MAIL: CEPHGBRJ@GMAIL.COM ENDEREÇO: AV. LONDRES, Nº 616, PRÉDIO 5 - 5º ANDAR - BONSUCESO - RIO DE JANEIRO / RJ - CEP: 21041-030



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
 GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Implicações bioéticas da escolha da Terapia Renal Substitutiva: o olhar do profissional de saúde", sob a responsabilidade do pesquisador Tatiane da Silva Campos. O projeto trata-se do Doutorado da pesquisadora que pretende avaliar as percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de escolha da terapia renal substitutiva e a relação que a formação bioética desses profissionais.

O objetivo desta pesquisa é descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de uma entrevista que poderá ser presencial (no hospital, ou outro local de sua preferência) ou online, via plataforma Google Meet (conforme sua preferência), agendada previamente conforme sua disponibilidade. Você responderá algumas perguntas semiestruturadas elaboradas pelos pesquisadores sobre a temática e informará alguns dados sociodemográficos pessoais. A entrevista possui um tempo estimado de 1 hora.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são sensação de constrangimento, desconforto e de exposição por responderem perguntas pessoais relacionadas a sua atuação profissional. Se você aceitar participar, estará contribuindo para possibilidade da melhoria do conhecimento na área de Nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo transporte ou alimentação, pois a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso você sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Escola Nacional de Saúde Pública podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a

guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, sendo preservados o anonimato e a indisponibilidade de qualquer informação que permita a sua identificação em qualquer pesquisa que os utilize.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Tatiane da Silva Campos, na Escola Nacional de Saúde Pública, no telefone (21)2137-7121 ou (32)98811-5257 , disponível inclusive para ligação a cobrar, e e-mail tatianedascampos@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle -UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria de Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.

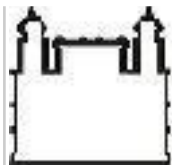
Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública. Contato CEP/ENSP: (21) 2598-2863; E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”. Acesse <https://cep.enp.fiocruz.br/participante-de-pesquisapara> maiores informações.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Tatiane da Silva Campos

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: OOLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: Tatiane da Silva Campos

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 2

CAAE: 54898422.1.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.218.631

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.213.198, em 26/01/2022.

Projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de Tatiane da Silva Campos, orientada por Andréia Patrícia Gomes, qualificado em 26/11/2021, com financiamento próprio no valor de R\$ 9.864,00.

"Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresentará os resultados através da análise de conteúdo de Bardin. Inicialmente serão enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores do serviço, solicitando anuência para a participação institucional, conforme recomendado na Resolução 466/2012. Essa autorização ocorre mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todas as cartas estão assinadas e anexadas ao projeto. Somente após aceite institucional, será solicitado à indicação dos nomes de profissionais atuantes no ambulatório que poderão participar da pesquisa e seus respectivos contatos (e-mail). Todos os dados serão colhidos

somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Serão convidados a participar do estudo, em cada instituição, todos os profissionais que estiverem em atendimento aos usuários em ambulatório de tratamento conservador da DRC, membros da equipe multiprofissional pertencentes às categorias profissionais que fazem parte da equipe mínima recomendada pelas legislações pertinentes da área, sendo médico, enfermeiro,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

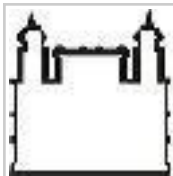
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

nutricionista, psicólogo e assistente social, sendo eles profissionais da instituição especialistas em nefrologia; ou residentes do primeiro ou segundo ano da especialidade nefrologia que estiverem em treinamento no ambulatório de tratamento conservador da DRC. O convite será realizado de acordo com a

disponibilidade de profissionais do serviço. Caso o serviço não tenha atendimento do profissional ou residente na especialidade, será registrada a informação. Serão solicitados aos coordenadores do serviço de nefrologia de cada instituição informações a fim de realizar o delineamento do perfil institucional quanto ao número de pacientes, profissionais atuantes na equipe, atendimentos realizados para a descrição do ambulatório, e assim, será possível compreender a dinâmica de acompanhamento em cada instituição, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa. Após esse momento, será realizado o contato com os profissionais atuantes nos ambulatórios indicados pelos coordenadores. Três tentativas de contato por e-mail serão realizadas. Após essas tentativas, se não houver nenhum retorno, será realizado contato telefônico com a instituição para confirmar o recebimento do e-mail pelos profissionais e oferecer informações sobre a pesquisa, na tentativa de sensibilizar os coordenadores quanto à importância de participação de sua equipe.

Àqueles profissionais que aceitarem participar, será encaminhado o TCLE digital já com a assinatura da pesquisadora responsável. O profissional convidado deverá ler e aceitar - ou não - participar do estudo e encaminhar o aceite ao pesquisador. A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência, em dia e horário pré-agendados. A entrevista proposta pretende averiguar a compreensão do profissional do processo de tomada de decisão na escolhida TRS e a relação com a bioética. Além disso, também irá avaliar o relato do profissional sobre seus conhecimentos e sua formação na área de bioética. Todas as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável. Os dados serão gravados por meio eletrônico conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O arquivamento se dará em computador de acesso único da pesquisadora e de sua orientadora, sendo essas as únicas que terão acesso ao material de pesquisa. Em seguida à gravação será realizado download e essa será acondicionada fora da nuvem, em HD externo exclusivo para a pesquisa, minorando-se a possível quebra do sigilo e confidencialidade."

Critério de inclusão: profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais especialistas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

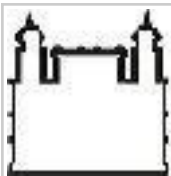
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

em nefrologia; residentes médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo e assistente social do primeiro e segundo ano da especialidade nefrologia ou multiprofissional; os profissionais deverão compor a equipe do ambulatório de tratamento conservador da DRC do respectivo serviço no momento da pesquisa

Critério de Exclusão:

impossibilitados de participar da entrevista por estarem de licença e férias; profissionais especialistas em nefrologia que não atuam em ambulatório de tratamento conservador na respectiva instituição; residentes que não estiverem atuando nos ambulatórios de tratamento conservador; profissionais ou residentes de outras especialidades que estiverem atuando no ambulatório; aqueles que não aceitarem participar da pesquisa e/ou não assinarem o TCLE.

Tamanho amostral: 60 Instituições coparticipantes:

- HUPE
- HUGG
- HUCFF
- HF Bonsucesso

OBJETIVO DA PESQUISA:

Segundo a pesquisadora:

Objetivo Primário:

Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

Objetivo Secundário:

- Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos;
- Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Segundo a pesquisadora:

"Riscos:

Os riscos desse estudo referem-se ao tempo despendido para a entrevista, que pode alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

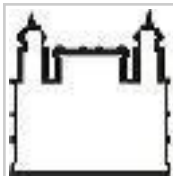
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista será realizada em dias e horários que sejam mais convenientes para o participante, e em locais que considerem mais adequados; os participantes terão liberdade para não responderem à questões que considerem constrangedoras, no questionário e na entrevista; a pesquisadora será habilitada para reconhecer possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la; e será assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade. Diante de eventuais danos identificados e comprovados decorrentes da pesquisa, será assegurado o direito à indenização e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes da participação.

Benefícios:

Como benefício inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo poderá propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos as suas condutas e ações realizadas por toda a equipe."

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e aspendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1882903.pdf, postado em 27/01/2022.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil, assinada pela pesquisadora responsável, nomeada folhaDeRosto.pdf, postada em 10/01/2022;
- Formulário de Encaminhamento nomeado FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf, postado em 10/01/2022;
- Termos de anuência das instituições coparticipantes, nomeados TAIhupe.pdf, TAIhugg.pdf,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

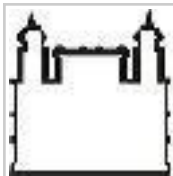
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

TAIhucff.pdf e TAIbomsucesso.pdf, postados em 10/01/2022;

- Instrumentos de coleta de dados nomeados CaracterizacaoInstitucional.docx eEntrevistaaosprofissionais.docx, postados em 10/01/2022;

Para responder às pendências emitidas, o pesquisador anexou os seguintes documentos à PlataformaBrasil, os quais estão aprovados:

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado ProjetocompletoMODIFICADO.pdf, postado em 27/01/2022;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLEfinal.pdf, postado em 27/01/2022;

RECOMENDAÇÕES:

Segundo a carta circular 01/20221 Conep/MS "Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem"."

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 5.213.198, de 26/01/2022, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência:

Nos documentos do projeto, incluindo o projeto detalhado, existem referências exclusivamente à Resolução CNS nº 466/2012. Considerando que este se trata de um projeto de metodologia de Ciências Humanas e Sociais, deve estar em conformidade com a Resolução CNS nº 510/2016. Mencionar a resolução 510 no projeto e TCLE

Resposta da pendência 1:

- Resumo: e serão seguidas as proposições do exposto nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016.

- Participantes da pesquisa (pag 58): Inicialmente serão enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores do serviço, solicitando anuência para a participação institucional, conforme recomendado nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

- Aspectos Éticos da Pesquisa (pag 64 e 65): A pesquisa será realizada respeitando as resoluções 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

- Referencias: BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

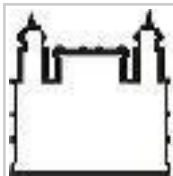
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 abr 2016. 2012.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> Acesso em: 27 jan 2022.

- TCLE: conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Item de pendência:

No documento PROJETO.pdf pg 61, lê-se: "A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência, em dia e horário pré-agendados.", porém no documento TCLE.docx, lê-se: "Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista online, que será agendada." Esclarecer se houve modificação da estratégia, optando por eleger a modalidade virtual ou se será escolha do participante. Se for somente modalidade virtual, corrigir no projeto e no formulário da Plataforma Brasil. Se for escolha do participante, esta informação deve constar no TCLE. (Norma Operacional CNS 001/2013, item 8; Resolução CNS 510/16 Art. 25 §2) Ainda considerar que em virtude da pandemia de Covid-19 e da necessidade de restrição social, observar e descrever no projeto as medidas de prevenção sanitária adotadas para o desenvolvimento de todas as atividades de pesquisa, de forma a minimizar prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa (Carta Orientadora CNS/CONEP de 05/06/2020).

Resposta da pendência 2:

- Projeto (pag 60): A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência, em dia e horário pré-agendados, de acordo com a preferência do profissional. Considera-se ainda que, em virtude da pandemia de Covid-19 e a necessidade de restrição social, todas as atividades de pesquisa poderão ser realizadas virtualmente para minimizar prejuízos e potenciais riscos, provendo o cuidado e preservando a integridade dos

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

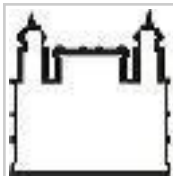
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.218.631

participantes e da equipe de pesquisa.

- TCLE: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista que poderá ser presencial ou online, via plataforma Google Meet (conforme sua preferencia), agendada previamente. Reiteramos que pode-se optar pela entrevista online devido a necessidade de restrição social imposta pela pandemia de Covid-19.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Item de pendência:

- Informar no projeto e no TCLE qual será a ferramenta usada para a webconferencia, e inserir informações sobre a política de privacidade da mesma. (Carta Circular nº 1/2021-CONEP de 03/03/2021).

Resposta da pendência 3:

- Pag 61 e 62: Todas as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável. Entrevistas presenciais serão gravadas em dispositivo MP4 da marca Sony® da pesquisadora. As entrevistas por Web Conferência serão realizadas através da plataforma Google Meet, que em sua politica de privacidade garante que os clientes são os proprietários dos dados, não o Google e garante que os dados do cliente são criptografados em trânsito, e as gravações do Meet armazenadas no Google Drive são criptografadas em repouso por padrão. O Meet não tem softwares ou recursos que monitoram a atenção do usuário. Os dados de vídeo, áudio ou chat só são armazenados pelo google caso se inicie uma gravação durante a sessão do Meet. Demais informações no link: <https://support.google.com/meet/answer/9852160>.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Item de pendência:

Adequar o documento para Consentimento Livre e Esclarecido, de modo a esclarecer se a entrevista é remota, ou de livre escolha do participante (Resolução CNS 510/2016, Art. 17). Verifique as orientações no instrutivo para consentimento virtual do CEP/ENSP, no endereço eletrônico do CEP/ENSP em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários", disponível em <https://cep.ensp.fiocruz.br/documentosnecessarios>

Resposta da pendência 4:

- TCLE: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista que poderá ser presencial ou online, via plataforma Google Meet (conforme sua preferencia), agendada previamente. Reiteramos que pode-se optar pela entrevista online devido a necessidade de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

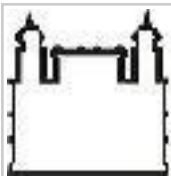
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

restrição social imposta pela
pandemia de Covid-19. ANÁLISE
DO CEP: PENDÊNCIA
ATENDIDA

5. Item de pendência:

Incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido de que forma a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados da pesquisa aos participantes, como foi descrito no projeto (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Resposta da pendência 5:

- TCLE: Reiteramos que será realizada devolutiva dos principais achados encontrados após análise dos dados, através do e-mail.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

6. Item de pendência:

Inserir os direitos dos participantes ao ressarcimento (se presencial) e a requerer indenização (RES CNS 510/16, art. 9º e art. 17.VII);

Resposta da pendência 6:

- TCLE: Diante de eventuais danos identificados e comprovados decorrentes da pesquisa, será assegurado o direito à indenização e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

O protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Obs1: Projeto com Instituição Coparticipante registrada na Plataforma Brasil deverá aguardar a emissão do parecer de aprovação do respectivo CEP para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

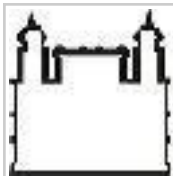
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.218.631

SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO. *****

*****Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e a uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

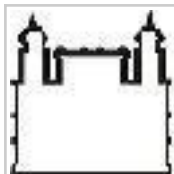
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.218.631

**ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO
RELACIONADOS:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TatianedaSilvaCampos_FR.pdf	31/01/2022 20:26:23	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1882903.pdf	27/01/2022 11:15:10		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	formulariospendparecer5213198.pdf	27/01/2022 11:14:34	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	TCLEfinal.pdf	27/01/2022 11:12:52	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoMODIFICADO.pdf	27/01/2022 11:08:26	Tatiane da Silva Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	27/01/2022 11:07:53	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/01/2022 14:04:37	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf	10/01/2022 13:09:39	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	CaracterizacaoInstitucional.docx	10/01/2022 13:09:03	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Entrevistaaosprofissionais.docx	10/01/2022 13:07:50	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAIhupe.pdf	10/01/2022 13:05:59	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAIhugg.pdf	10/01/2022 13:05:44	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAIhucff.pdf	10/01/2022 13:05:30	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAIbomsucesso.pdf	10/01/2022 13:05:16	Tatiane da Silva Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Mangueiras

CEP: 21.041-210

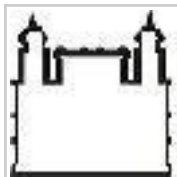
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.218.631

RIO DE JANEIRO, 31 de Janeiro de 2022

**Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))**

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: OOLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: Tatiane da Silva Campos

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 1

CAAE: 54898422.1.3003.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.261.499

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

A Doença Renal Crônica (DRC) é definida de acordo com Bastos e Kirsztajn (2011) como “lesão renal e perda progressiva e irreversível” da função glomerular. Com a falência da função do rim, o paciente em estágio 5 necessita ser encaminhado para a Terapia Renal Substitutiva (TRS). Esse encaminhamento deverá ser realizado por uma equipe de tratamento conservador em nefrologia e, segundo as determinações específicas, o usuário deverá participar de todo o processo através de uma decisão compartilhada. Para tal, garantir a autonomia do usuário é imprescindível. Desta ponderação surge a questão norteadora deste trabalho: como se dá o compartilhamento das decisões entre profissionais e pacientes com DRC na escolha da TRS, considerando a competência técnica e ética no processo de tomada de decisão? E, por corolário, o objetivo do estudo: descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da TRS de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, sob o olhar do profissional de saúde. Para trilhar o caminho, o percurso metodológico se dará em duas etapas: revisão de literatura e pesquisa de campo com a realização de estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresentará através da análise de conteúdo de Bardin as implicações éticas na escolha da TRS pela perspectiva dos profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC. Os cenários serão quatro serviços de formação profissional em nefrologia, da região metropolitana do Rio de Janeiro. Serão convidados a participar do estudo profissionais que realizam atendimento aos usuários nos ambulatórios de tratamento conservador da DRC. A

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 5.261.499

entrevista proposta pretende caracterizar a população, averiguar a compreensão do profissional sobre o processo de tomada de decisão na escolha da TRS relacionada com a bioética e avaliar através do relato do profissional, seus conhecimentos e sua formação na área de bioética. As entrevistas serão realizadas individualmente, de modo presencial ou por meio eletrônico, gravadas e armazenadas em banco de dados específicos em computador da pesquisadora e drive (HD externo) exclusivo para o projeto, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e serão seguidas as proposições do exposto nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016 .

OBJETIVO DA PESQUISA:

Hipótese:

A hipótese sustentada para o estudo é que a equipe multiprofissional define a modalidade de TRS que é melhor para o usuário de acordo com suas características clínicas, condição social, letramento em saúde, apoio familiar e disponibilidade de serviços e oferta de vagas pelo SUS sem considerar as perspectivas do usuário e as necessidades consideradas como essencial para sua qualidade de vida, vontade, autonomia e os princípios bioéticos relacionados, seguindo a lógica paternalista adquirida durante sua formação profissional.

Objetivo Primário:

Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

Objetivo Secundário:

- Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos;
- Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Riscos:

Os riscos desse estudo referem-se ao tempo despendido para a entrevista, que pode alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 5.261.499

identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista será realizada em dias e horários que sejam mais convenientes para o participante, e em locais que considerem mais adequados; os participantes terão liberdade para não responderem à questões que considerem constrangedoras, no questionário e na entrevista; a pesquisadora será habilitada para reconhecer possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la; e será assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil.

Benefícios: Como benefício inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo poderá propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos as suas condutas e ações realizadas por toda a equipe.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Qualificação de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. O presente projeto trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem qualitativa, que apresentará através da análise de conteúdo de Bardin, as implicações éticas na escolha da TRS por profissionais especialistas em nefrologia e em formação na especialidade, atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC do Rio de Janeiro especificamente das instituições de ensino: Hospital Universitário Pedro Ernesto, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Hospital Federal de Bonsucesso; e a influência da formação bioética nessa especialidade.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

.Anexado TCLE específico para o HUGG.

.O Projeto terá financiamento próprio. Porém, também foi anexada a Planilha de orçamento que consta a informação que todo o financiamento e as custas de despesas será da pesquisadora. Documento “Planilha de orçamento”.

.Foi anexado o termo de anuência do responsável pelo Serviço de Nefrologia do HUGG

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com

**UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO**



Continuação do Parecer: 5.261.499

RECOMENDAÇÕES:

Sem recomendação.

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Aprovado

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1891853.pdf	09/02/2022 13:26:37		Aceito
Orçamento	planilhaOrçamento.xlsx	09/02/2022 13:25:19	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoanuenciaHUGG.jpg	09/02/2022 13:24:40	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartapendenciasHUGG.doc	09/02/2022 13:24:06	Tatiane da Silva Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHUGG.docx	09/02/2022 13:23:31	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	TatianedaSilvaCampos_FR.pdf	31/01/2022 20:26:23	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	TCLEfinal.pdf	27/01/2022 11:12:52	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompletoMODIFICADO.pdf	27/01/2022 11:08:26	Tatiane da Silva Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	27/01/2022 11:07:53	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf	10/01/2022 13:09:39	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	CaracterizacaoInstitucional.docx	10/01/2022 13:09:03	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Entrevistaaosprofissionais.docx	10/01/2022 13:07:50	Tatiane da Silva Campos	Aceito

SITUAÇÃO DO PARECER:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

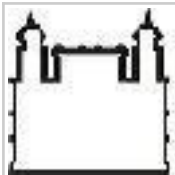
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5317

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cephugg@gmail.com



Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Fevereiro de 2022

ASSINADO POR:

**Jorge Francisco da
Cunha Pinto
(Coordenador(a))**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: OOLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: Tatiane da Silva Campos

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 1

CAAE: 54898422.1.3004.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.274.820

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

As informações apresentadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas integralmente do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO.pdf

INTRODUÇÃO Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresentará os resultados através da análise de conteúdo de Bardin. Inicialmente serão enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores do serviço, solicitando anuência para a participação institucional, conforme recomendado na Resolução 466/2012. Essa autorização ocorre mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todas as cartas estão assinadas e anexadas ao projeto. Somente após aceite institucional, será solicitado à indicação dos nomes de profissionais atuantes no ambulatório que poderão participar da pesquisa e seus respectivos contatos (e-mail). Todos os dados serão colhidos somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Serão convidados a participar do estudo, em cada instituição, todos os profissionais que estiverem em atendimento aos usuários em ambulatório de tratamento conservador da DRC, membros da equipe multiprofissional pertencentes às categorias profissionais que fazem parte da equipe mínima recomendada pelas legislações pertinentes da área, sendo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.274.820

social, sendo eles profissionais da instituição especialistas em nefrologia; ou residentes do primeiro ou segundo ano da especialidade nefrologia que estiverem em treinamento no ambulatório de tratamento conservador da DRC. O convite será realizado de acordo com a disponibilidade de profissionais do serviço. Caso o serviço não tenha atendimento do profissional ou residente na especialidade, será registrada a informação. Serão solicitados aos coordenadores do serviço de nefrologia de cada instituição informações a fim de realizar o delineamento do perfil institucional quanto ao número de pacientes, profissionais atuantes na equipe, atendimentos realizados para a descrição do ambulatório, e assim, será possível compreender a dinâmica de acompanhamento em cada instituição, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa. Após esse momento, será realizado o contato com os profissionais atuantes nos ambulatórios indicados pelos coordenadores. Três tentativas de contato por e-mail serão realizadas. Após essas tentativas, se não houver nenhum retorno, será realizado contato telefônico com a instituição para confirmar o recebimento do e-mail pelos profissionais e oferecer informações sobre a pesquisa, na tentativa de sensibilizar os coordenadores quanto à importância de participação de sua equipe. Àqueles profissionais que aceitarem participar, será encaminhado o TCLE digital já com a assinatura da pesquisadora responsável. O profissional convidado deverá ler e aceitar - ou não - participar do estudo e encaminhar o aceite ao pesquisador. A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência, em dia e horário pré-agendados. A entrevista proposta pretende averiguar a compreensão do profissional do processo de tomada de decisão na escolha da TRS e a relação com a bioética. Além disso, também irá avaliar o relato do profissional sobre seus conhecimentos e sua formação na área de bioética. Todas as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável. Os dados serão gravados por meio eletrônico conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O arquivamento se dará em computador de acesso único da pesquisadora e de sua orientadora, sendo essas as únicas que terão acesso ao material de pesquisa. Em seguida à gravação será realizado download e essa será acondicionada fora da nuvem, em HD externo exclusivo para a pesquisa, minorando-se a possível quebra do sigilo e confidencialidade.

Critério de inclusão: profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais especialistas em nefrologia; residentes médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo e assistente social do primeiro e segundo ano da especialidade nefrologia ou multiprofissional; os profissionais deverão compor a equipe do ambulatório de tratamento conservador da DRC do

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.274.820

respectivo serviço no momento da pesquisa

Critério de Exclusão: impossibilitados de participar da entrevista por estarem de licença e férias; profissionais especialistas em nefrologia que não atuam em ambulatório de tratamento conservador na respectiva instituição; residentes que não estiverem atuando nos ambulatórios de tratamento conservador; profissionais ou residentes de outras especialidades que estiverem atuando no ambulatório; aqueles que não aceitarem participar da pesquisa e/ou não assinarem o TCLE.

Tamanho amostral: 60

Instituições coparticipantes:

-HUPE -HUGG -HUCFF -HF Bonsucesso

OBJETIVO DA PESQUISA:

Objetivo Primário: Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

Objetivos Secundários:

- Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos;
- Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Riscos:

Os riscos desse estudo referem-se ao tempo despendido para a entrevista, que pode alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep@hupe.uerj.br



identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista será realizada em dias e horários que sejam mais convenientes para o participante, e em locais que considerem mais adequados; os participantes terão liberdade para não responderem às questões que considerem constrangedoras, no questionário e na entrevista; a pesquisadora será habilitada para reconhecer possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la; e será assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade. Diante de eventuais danos identificados e comprovados decorrentes da pesquisa, será assegurado o direito à indenização e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes da participação.

Benefícios

Como benefício inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo poderá propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos às suas condutas e ações realizadas por toda a equipe."

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que será desenvolvido em cinco instituições, sendo a ENSP-FIOCRUZ a instituição proponente e os hospitais HUPE; HUGG, HUCFF e o HF de Bonsucesso as instituições coparticipantes.

O protocolo apresenta aprovação do CEP da proponente após sua segunda apresentação, tendo na primeira apresentação o apontamento de pendências que foram atendidas e posteriormente, na segunda apresentação, obtido a aprovação.

Foram apresentadas as cartas de anuência das instituições envolvidas e o protocolo não gera ônus ao Sistema Público de Saúde.

A coleta de dados se dará através de um instrumento utilizado presencialmente para a entrevista (com gravação em dispositivo MP4) ou via web-conferência (pelo Google Meet), neste caso, seguindo a Resolução 01/2021 (Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual) as gravações serão transferidas para dispositivo eletrônico local,

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.274.820

apagando o registro do ambiente virtual.

A pesquisa terá financiamento próprio, não tendo auxílio de nenhuma agência de fomento. Todos os gastos estão previstos no orçamento financeiro e serão suportados pela pesquisadora, cujo valor é de R\$9.864,00.

O protocolo encontra-se bem descrito e não apresenta óbices éticos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram incluídos na PB e encontram-se adequados do ponto de vista ético e metodológico na análise do relator. Ademais, na apreciação inicial do projeto submetido ao CEP da proponente (ENSP-FIOCRUZ) foram solicitadas adequações e houve atendimento às exigências, sendo aprovado pelo parecer 5.218.631 datado de 31/01/2022.

A investigadora atendeu às pendências apontadas pelo CEP da proponente e atualmente o protocolo atende às exigências apresentadas na legislação vigente.

Os seguintes termos foram apresentados:

TatianedaSilvaCampos_F
R.pdf TCLEfinal.pdf
Projeto completo MODIFIC
ADO.pdf
TCLE modificado.pdf
Formulário de encaminhamento ao CEP.pdf
Caracterização Institucional.docx
Entrevista aos profissionais.docx

RECOMENDAÇÕES:

Não há.

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **E-mail:** cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.274.820

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Protocolo encontra-se apto para desenvolvimento. O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TatianedaSilvaCampos_FR.pdf	31/01/2022 20:26:23	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	TCLEfinal.pdf	27/01/2022 11:12:52	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoMODIFICADO.pdf	27/01/2022 11:08:26	Tatiane da Silva Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	27/01/2022 11:07:53	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf	10/01/2022 13:09:39	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	CaracterizacaoInstitucional.docx	10/01/2022 13:09:03	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Entrevistaaosprofissionais.docx	10/01/2022 13:07:50	Tatiane da Silva Campos	Aceito

Endereço: Av. 28 de setembro, nº77 - CePeM - Centro de Pesquisa Clínica Multiusuário - 2º andar/sala nº 28 - prédio

Bairro: Vila Isabel

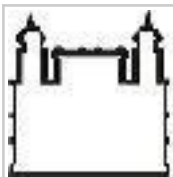
CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep@hupe.uerj.br



Continuação do Parecer: 5.274.820

SITUAÇÃO DO PARECER:

Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Março de 2022

ASSINADO POR:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))



HOSPITAL FEDERAL DE
BONSUCESSO - RJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: OOLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: Tatiane da Silva Campos

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 1

CAAE: 54898422.1.3001.5253

Instituição Proponente: Hospital Federal de Bonsucesso - RJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.310.182

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1891851.pdf, de 14/02/2022) e/ou do Projeto Detalhado / Brochura Investigador (ProjetocompletoMODIFICADO.pdf, de 27/01/2022).

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é definida por Bastos e Kirsztajn (2011) como “lesão renal e perdaprogressiva e irreversível” da função glomerular, tubular e endócrina dos rins acarretando a redução da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) ou lesão estrutural que permaneça por um período maior que 3 meses. Desde 2014 é classificada em seis categorias (1 ao 5, sendo o 3 dividido em A e B). No mais avançado, também conhecido como final ou estágio 5, o usuário apresenta TFG menor que 15 ml/min/1,73m², e será encaminhado para realização de Terapia Renal Substitutiva (TRS) no momento em que apresentar indicações (BRASIL, 2014a; KDIGO, 2013; BRASIL, 2018). Vale destacar que esse encaminhamento para TRS tem o objetivo de manter a vida do paciente e não curar a doença. Infelizmente, até o momento, não há tratamento curativo para a DRC. A Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, do Ministério da Saúde, define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC, e em seu artigo 5º, inciso II determina que é uma competência da atenção especializada ambulatorial diagnosticar, quando da necessidade de

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

TRS, conforme as diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no âmbito do SUS, o mais precocemente possível. Quando o usuário encontra-se entre os estágios 4 e 5 (pré diálise), com TGF menor que $29 \text{ ml/min/1,73m}^2$, deverá ser encaminhado para o acompanhamento multiprofissional, com minimamente os seguintes profissionais: médico nefrologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

No Brasil, na área de nefrologia, denominamos esse acompanhamento como tratamento conservador da DRC. A Diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC orienta que no Estágio 5, o usuário deverá ser treinado e preparado para a TRS. A definição da modalidade “deve levar em consideração a escolha do paciente, bem como a condição clínica, de acordo com avaliação da equipe multiprofissional” (BRASIL, 2014a). No momento as possibilidades disponíveis de TRS são: Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal (DP) nas modalidades ambulatorial contínua, automática ou intermitente e Transplante Renal (TX). No SUS, a Portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, em seu artigo 4º, inciso XI apresenta que o usuário tem “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, destacamos que o usuário em estágio 5, pode escolher não realizar nenhuma TRS, e juntamente com a equipe assistente, definir a manutenção deste em tratamento conservador e cuidados paliativos (MOURA-NETO; MOURA; SUASSUNA, 2017). A diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC destaca ainda que, após a definição de qual será a modalidade de tratamento escolhido, é recomendado à assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contenha as informações sobre as possibilidades oferecidas e qual foi escolha do usuário juntamente com a equipe. Esse documento deve ser anexado ao prontuário (BRASIL, 2014a). Segundo Ugarte e Acioly (2014), o usuário deve decidir em relação a que tipo de tratamentos receber e sempre ser encorajado pelos profissionais, com orientações, para a tomada de decisão. Assim, o usuário possuirá capacidade de se autogovernar e terá liberdade de agir conforme suas decisões, sendo, portanto, autônomo. Paralelamente, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, e responsável pelo estímulo ao autocuidado dos usuários, tem papel importante nesse processo de decisão. A legislação que regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem reforça o dever em promover a saúde do usuário com as ações necessárias e benéficas, reduzindo riscos e danos, avaliando sempre qual a forma mais adequada de tratamento, garantindo acesso “justo, equitativo e universal” aos serviços de saúde, sempre com responsabilidade ética no cuidar (BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017; CONSELHO FEDERAL DE

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

ENFERMAGEM, 2017). A partir das reflexões aqui estruturadas, emergiram alguns questionamentos que direcionaram a ideia desse estudo: “Como se dá a participação do usuário no processo de escolha da TRS?”; “Quais princípios bioéticos são seguidos pelos profissionais da equipe assistente no momento do encaminhamento desse usuário para TRS?”; “Os profissionais de saúde ao tomar a decisão de direcionar os pacientes à TRS seguem somente condutas clínicas e técnicas ou identificam as questões (bio)éticas? Essas são levadas em consideração para a indicação, sobretudo considerando a autonomia do paciente?”; “Como se dá a formação bioética dos profissionais em nefrologia”. O estudo se torna relevante pela necessidade de discutir a participação do usuário na tomada de decisão e sobre a atuação profissional de especialistas em nefrologia, considerando-se a hipótese que, na maioria das vezes, como outros profissionais de saúde, diante do habitus da profissão, conforme Gomes e Rego (2013) apontam, reproduzem o conhecimento tecnicista, baseando-se na doença e exames laboratoriais sem observar a necessidade do indivíduo e a melhora do cuidado oferecido. Isso pode ser refletido na atenção aos usuários com DRC. Apesar de muito se falar de direitos e deveres do usuário, por vezes esses estão apenas nas legislações específicas de atendimento em saúde. Porém, a prática clínica precisa ser melhorada, uma vez que a perpetuação da formação paternalista e centrada na figura do médico ainda é muito forte. Historicamente e socialmente a formação médica serve como paradigma para as demais profissões da saúde, o que determina comportamentos espelhados de outros trabalhadores da equipe multiprofissional. É necessário que as profissões, especialmente da saúde, se estruturam e tornem-se consolidadas para atuar de forma autônoma e com as especificidades que são características para oferecer o melhor cuidado possível (BELLAGUARDA; PADILHA; NELSON, 2020). A escassez de publicações sobre a bioética relacionada ao processo de tomada de decisão na escolha da TRS mostra também a relevância temática da pesquisa. Essa será capaz de mostrar aos novos profissionais a oportunidade de uma atuação diferenciada e aos profissionais atuantes há mais tempo que é possível rever paradigmas e contribuir para o debate de acordo com uma nova forma de atuação profissional, pautada na ética. Assim, pondera-se que as contribuições desse estudo englobam a pesquisa, a assistência e a formação profissional. As discussões sobre o tema, especialmente com profissionais em formação e com aqueles que são elos no processo de capacitação de outros, pois esses poderão proporcionar uma formação diferenciada de profissionais, que também poderá refletir diretamente na prática. A formação atual é baseada na teorização e doenças. Há nesse contexto a possibilidade de qualificação do profissional que retornarão ao mercado de trabalho, através da utilização da Metodologia da Problematização (BERBEL, 1998), que utiliza de técnicas

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

que apresentam casos reais ou próximos dos encontrados durante a atuação, e poderá levar o profissional a reflexão de todos os aspectos envolvidos na tomada de decisão. Nesse sentido, o estudo também trará oportunidade de crescimento na área do ensino, e formação de especialistas em nefrologia, pois será capaz de questionar como os profissionais são capacitados em relação à bioética e os princípios que embasam nossas decisões quando oferecemos cuidado aos pacientes em preparo para a introdução da TRS. Nesse sentido, poderá oferecer um diferencial na formação profissional de especialistas na área. O trabalho será capaz ainda de promover uma reflexão aos profissionais participantes do processo de tomada de decisão, mostrando que o usuário como responsável pela sua vida, e pessoa autônoma, deve participar do processo de tomada de decisão de tratamentos e implementações de cuidados em saúde. É uma discussão sempre necessária.

Hipótese: A hipótese sustentada para o estudo é que a equipe multiprofissional define a modalidade de TRS que é melhor para o usuário de acordo com suas características clínicas, condição social, letramento em saúde, apoio familiar e disponibilidade de serviços e oferta de vagas pelo SUS sem considerar as perspectivas do usuário e as necessidades consideradas como essencial para sua qualidade de vida, vontade, autonomia e os princípios bioéticos relacionados, seguindo a lógica paternalista adquirida durante sua formação profissional.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresentará os resultados através da análise de conteúdo de Bardin. Inicialmente serão enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores do serviço, solicitando anuência para a participação institucional, conforme recomendado na Resolução 466/2012 e 510/2016. Essa autorização ocorre mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todas as cartas estão assinadas e anexadas ao projeto. Somente após aceite institucional, será solicitado à indicação dos nomes de profissionais atuantes no ambulatório que poderão participar da pesquisa e seus respectivos contatos (e-mail). Todos os dados serão colhidos somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Serão convidados a participar do estudo, em cada instituição, todos os profissionais que estiverem em atendimento aos usuários em ambulatório de tratamento conservador da DRC, membros da equipe multiprofissional pertencentes às categorias profissionais que fazem parte da equipe

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

mínima recomendada pelas legislações pertinentes da área, sendo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, sendo eles profissionais da instituição especialistas em nefrologia; ou residentes do primeiro ou segundo ano da especialidade nefrologia que estiverem em treinamento no ambulatório de tratamento conservador da DRC. O convite será realizado de acordo com a disponibilidade de profissionais do serviço. Caso o serviço não tenha atendimento do profissional ou residente na especialidade, será registrada a informação. Serão solicitados aos coordenadores do serviço de nefrologia de cada instituição informações a fim de realizar o delineamento do perfil institucional quanto ao número de pacientes, profissionais atuantes na equipe, atendimentos realizados para a descrição do ambulatório, e assim, será possível compreender a dinâmica de acompanhamento em cada instituição, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa. Após esse momento, será realizado o contato com os profissionais atuantes nos ambulatórios indicados pelos coordenadores. Três tentativas de contato por e-mail serão realizadas. Após essas tentativas, se não houver nenhum retorno, será realizado contato telefônico com a instituição para confirmar o recebimento do e-mail pelos profissionais e oferecer informações sobre a pesquisa, na tentativa de sensibilizar os coordenadores quanto à importância de participação de sua equipe. Àqueles profissionais que aceitarem participar, será encaminhado o TCLE digital já com a assinatura da pesquisadora responsável. O profissional convidado deverá ler e aceitar - ou não - participar do estudo e encaminhar o aceite ao pesquisador, através da assinatura do TCLE. A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência na plataforma Google Meet, em dia e horário pré-agendados. A entrevista proposta pretende averiguar a compreensão do profissional do processo de tomada de decisão na escolha da TRS e a relação com a bioética. Além disso, também irá avaliar o relato do profissional sobre seus conhecimentos e sua formação na área de bioética. Todas as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável. Os dados serão gravados por meio eletrônico conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O arquivamento se dará em computador de acesso único da pesquisadora e de sua orientadora, sendo essas as únicas que terão acesso ao material de pesquisa. Em seguida à gravação será realizado download e essa será acondicionada fora da nuvem, em HD externo exclusivo para a pesquisa, minorando-se a possível quebra do sigilo e confidencialidade.

Critério de Inclusão: Profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais especialistas

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

em nefrologia; residentes médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo e assistente social do primeiro e segundo ano da especialidade nefrologia ou multiprofissional; os profissionais deverão compor a equipe do ambulatório de tratamento conservador da DRC do respectivo serviço no momento da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Impossibilitados de participar da entrevista por estarem de licença e férias; profissionais especialistas em nefrologia que não atuam em ambulatório de tratamento conservador na respectiva instituição; residentes que não estiverem atuando nos ambulatórios de tratamento conservador; profissionais ou residentes de outras especialidades que estiverem atuando no ambulatório; aqueles que não aceitarem participar da pesquisa e/ou não assinarem o TCLE.

OBJETIVO DA PESQUISA:

Objetivo Primário:

Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

Objetivos Secundários:

- Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos;
- Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Riscos:

Os riscos desse estudo referem-se ao tempo despendido para a entrevista, que pode alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista será realizada em dias e horários que sejam mais convenientes para o participante, e em locais que considerem mais adequados; os participantes terão liberdade para não responderem às questões que considerem constrangedoras, no questionário e na entrevista; a pesquisadora será habilitada para reconhecer

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la; e será assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade. Diante de eventuais danos identificados e comprovados decorrentes da pesquisa, será assegurado o direito à indenização e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes da participação.

Benefícios:

Como benefício inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo poderá propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos as suas condutas e ações realizadas por toda a equipe.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa. Metodologia de Análise de Dados: Os dados colhidos na entrevista serão transcritos pela pesquisadora e, em seguida será utilizada a técnica de análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2016), que propõe uma sequência para apreciação baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise do discurso seguirá a proposta de identificação de enunciados.

Desfecho Primário: Se há e como se dá a participação do usuário na escolha da terapia renal substitutiva pela perspectiva dos profissionais de saúde.

Desfecho Secundário: a formação bioética dos profissionais de saúde especialistas em Nefrologia. Tamanho da Amostra no Brasil: 60.

Não haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc).

Centros coparticipantes: Hospital Universitário Gaffree Guinle/HUGG/UNIRIO, Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, Hospital Federal de Bonsucesso - RJ, Hospital UNIVERSITARIO UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro / HUCFFUFRJ. Não terá retenção de amostras para armazenamento em banco.

Trata-se da defesa da Tese Projeto de Qualificação de Doutorado apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública,

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO - RJ



Continuação do Parecer: 5.310.182

Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial e obrigatório à obtenção do título de Doutora em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Submissão ao CEP Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca em 10/01/2022. Defesa da Tese prevista para 30/06/2023.

Elaboração do relatório Final para o CEP em 31/07/2023.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

RECOMENDAÇÕES:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Não foram identificados óbices éticos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "Relatório", para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Resolução CNS nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº 510/16, art. 28, item V.

ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Autorizacao_Hospital_Bonsucesso.pdf	18/02/2022 11:59:26	MARILIA ARAUJO GONCALVES MAURICIO	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1891851.pdf	14/02/2022 12:28:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉHospFedBonsucesso.docx	14/02/2022 12:27:57	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	TatianedaSilvaCampos_FR.pdf	31/01/2022 20:26:23	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	TCLÉfinal.pdf	27/01/2022 11:12:52	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoMODIFICADO.pdf	27/01/2022 11:08:26	Tatiane da Silva Campos	Aceito

Endereço: Av. Londres, 616, Prédio 5 - 5º andar

Bairro: Bonsucesso

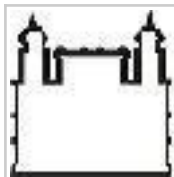
CEP: 21.041-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3977-9833

E-mail: cephgbrj@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.310.182

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	27/01/2022 11:07:53	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf	10/01/2022 13:09:39	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Caracterizacaoinstitucional.docx	10/01/2022 13:09:03	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Entrevistaaosprofissionais.docx	10/01/2022 13:07:50	Tatiane da Silva Campos	Aceito

SITUAÇÃO DO PARECER:

Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Março de 2022

ASSINADO POR:

**CRISTINA CARVALHO VIANA DE ARAUJO
(COORDENADOR(A))**

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
ELABORADO PELA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS DA ESCOLHA DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: OOLHAR DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: Tatiane da Silva Campos

ÁREA TEMÁTICA:

Versão: 2

CAAE: 54898422.1.3002.5257

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.525.791

APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

"Trata-se de Projeto de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, de Tatiane da Silva Campos, onde o HUCFF/UFRJ será co-participante. O mesmo já teve sua aprovação no CEP de origem. Segundo o pesquisador, trata-se de um estudo transversal descritivo, de abordagem qualitativa, que apresentará os resultados através da análise de conteúdo de Bardin. Inicialmente serão enviadas cartas-convites às instituições, referenciadas aos coordenadores do serviço, solicitando anuência para a participação institucional, conforme recomendado na Resolução 466/2012. Essa autorização ocorre mediante a assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todas as cartas estão assinadas e anexadas ao projeto. Somente após aceite institucional, será solicitado a indicação dos nomes de profissionais atuantes no ambulatório que poderão participar da pesquisa e seus respectivos contatos (e-mail). Todos os dados serão colhidos somente após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Serão convidados a participar do estudo, em cada instituição, todos os profissionais que estiverem em atendimento aos usuários em ambulatório de tratamento conservador da DRC, membros da equipe multiprofissional pertencentes às categorias profissionais que fazem parte da equipe mínima recomendada

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-913

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480

Fax: (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.525.791

pelas legislações pertinentes da área, sendo médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, sendo eles profissionais da instituição especialistas em nefrologia, ou residentes do primeiro ou segundo ano da especialidade nefrologia que estiverem em treinamento no ambulatório de tratamento conservador da DRC. O convite será realizado de acordo com a disponibilidade de profissionais do serviço. Caso o serviço não tenha atendimento do profissional ou residente na especialidade, será registrada a informação. Serão solicitados aos coordenadores do serviço de nefrologia de cada instituição informações a fim de realizar o delineamento do perfil institucional quanto ao número de pacientes, profissionais atuantes na equipe, atendimentos realizados para a descrição do ambulatório, e assim, será possível compreender a dinâmica de acompanhamento em cada instituição, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa. Após esse momento, será realizado o contato com os profissionais atuantes nos ambulatórios indicados pelos coordenadores. Três tentativas de contato por e-mail serão realizadas. Após essas tentativas, se não houver nenhum retorno, será realizado contato telefônico com a instituição para confirmar o recebimento do e-mail pelos profissionais e oferecer informações sobre a pesquisa, na tentativa de sensibilizar os coordenadores quanto à importância de participação de sua equipe. Àqueles profissionais que aceitarem participar, será encaminhado o TCLE digital já com a assinatura da pesquisadora responsável. O profissional convidado deverá ler e aceitar - ou não - participar do estudo e encaminhar o aceite ao pesquisador. A pesquisa será realizada através de entrevistas, de modo presencial, na instituição de saúde, onde o participante trabalha (ou em local escolhido pelo participante da pesquisa), ou por Web conferência, em dia e horário pré-agendados. A entrevista proposta pretende averiguar a compreensão do profissional do processo de tomada de decisão na escolha da TRS e a relação com a bioética. Além disso, também irá avaliar o relato do profissional sobre seus conhecimentos e sua formação na área de bioética. Todas as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora responsável. Os dados serão gravados por meio eletrônico conforme as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O arquivamento se dará em computador de acesso único da pesquisadora e de sua orientadora, sendo essas as únicas que terão acesso ao material de pesquisa. Em seguida à gravação será realizado download e essa será acondicionada fora da nuvem, e HD externo exclusivo para a pesquisa, minorando-se a possível quebra do sigilo e confidencialidade.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
 UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
 FRAGA FILHO DA
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO
 RIO DE JANEIRO / HUCFF-
 UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.525.791

OBJETIVO DA PESQUISA:

Descrever e analisar as questões éticas envolvidas no processo de escolha da Terapia Renal Substitutiva de pacientes renais crônicos em tratamento conservador, na perspectiva do profissional de saúde.

Objetivo Secundário:

Investigar se os profissionais que tomam a decisão de instituir a TRS percebem o conflito ético e os problemas relacionados à tomada de decisão; • Avaliar o conhecimento dos profissionais tomadores de decisão acerca dos conceitos bioéticos; • Identificar a importância da participação do usuário no processo de tomada de decisão para o estabelecimento da TRS pela perspectiva dos profissionais.

AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Riscos:

Os riscos desse estudo referem-se ao tempo despendido para a entrevista, que pode alterar a rotina do participante; ao eventual desconforto ou constrangimento ao responder à entrevista; ao embaraço em falar sobre questões que considerem confidenciais; e aos riscos relacionados à identificação de informações. Para mitigar tais danos, a entrevista será realizada em dias e horários que sejam mais convenientes para o participante, e em locais que considerem mais adequados; os participantes terão liberdade para não responderem às questões que considerem constrangedoras, no questionário e na entrevista; a pesquisadora será habilitada para reconhecer possíveis sinais - verbais e não verbais - de desconforto, no momento da entrevista, e assim interrompê-la; e será assegurado aos participantes a confidencialidade e a privacidade. Diante de eventuais danos identificados e comprovados decorrentes da pesquisa, será assegurado o direito à indenização e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes da participação.

Benefícios: Como benefício inclui-se a possibilidade da melhoria do conhecimento na área de nefrologia e demonstrar a importância de introdução de teorias e correntes bioéticas na formação de profissionais da especialidade. A possibilidade de reflexão sobre bioética e como utilizá-la para aproximar a teoria

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480

Fax: (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.525.791

e a prática, de forma que possam traduzir as necessidades de um indivíduo ou grupo poderá propiciar uma atuação menos tecnicista e mais reflexiva, com profissionais capacitados e críticos as suas condutas e ações realizadas por toda a equipe.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS TERMOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Todos os elementos de apresentação obrigatória foram apresentados.

CONCLUSÕES OU PENDÊNCIAS E LISTA DE INADEQUAÇÕES:

Todas as pendências foram atendidas. Sendo assim, este CEP é de parecer favorável à aprovação do projeto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS A CRITÉRIO DO CEP:

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Os relatórios devem ser assinados pelo pesquisador responsável e conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no endereço: <http://conselho.saude.gov.br/comites-de-etica-em-pesquisa-conep?view=default> (clique na aba Documentos Orientadores), bem como deve haver menção ao período a que se referem. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação (consultar pág. 69 no arquivo intitulado "1 - Manual Pesquisador - Versão 3.2,39 disponível no endereço <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf> Anexar em arquivo com recurso "copiar e colar").
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada.

ESTE PARECER FOI ELABORADO BASEADO NOS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ**



Continuação do Parecer: 5.525.791

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1891852.pdf	26/04/2022 14:10:03		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAIDIRECAO.pdf	26/04/2022 14:09:35	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTA.pdf	26/04/2022 14:07:57	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	TatianedaSilvaCampos_FR.pdf	31/01/2022 20:26:23	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	TCLEfinal.pdf	27/01/2022 11:12:52	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetocompletoMODIFICADO.pdf	27/01/2022 11:08:26	Tatiane da Silva Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	27/01/2022 11:07:53	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	FormulariodeencaminhamentoaoCEP.pdf	10/01/2022 13:09:39	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Caracterizacaoinstitucional.docx	10/01/2022 13:09:03	Tatiane da Silva Campos	Aceito
Outros	Entrevistaaosprofissionais.docx	10/01/2022 13:07:50	Tatiane da Silva Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

NECESSITA APRECIÇÃO DA CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Julho de 2022

Assinado por:

Monique Loureiro

(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br