



Análise da garantia de direito de escolha da Terapia Renal Substitutiva: Uma reflexão Bioética

Analysis of the Guarantee of the Right to Choose Renal
Replacement Therapy: A Bioethical Reflection



Autoras

Tatiane da Silva Campos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

tatianedascampos@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9790-0632>

Andreia Patricia Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

andreiapgomes@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5046-6883>



Resumo

Foi analisado, com base na teoria Principlista de Beauchamp e Childress, a perspectiva de profissionais de saúde sobre o acompanhamento do paciente em tratamento conservador da Doença Renal Crônica até a escolha da Terapia Renal Substitutiva através de estudo transversal, descritivo com entrevista a 63 profissionais atuantes nos ambulatórios de 4 serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, entre março e setembro de 2022. Os resultados são apresentados em 2 eixos temáticos: O acompanhamento do paciente e O Termo de consentimento. Concluímos que o processo não é pautado na escolha do paciente e que este é refém da disponibilidade dos serviços de saúde e direcionamento do profissional sobre possibilidades. É importante trabalhar o conhecimento sobre as possibilidades para tornar pacientes autônomos e capazes de buscar acesso aos tratamentos que necessitarem.



Abstract

Based on The Principles of Biomedical Ethics by Beauchamp and Childress, this study analyzed the perspective of healthcare professionals on the follow-up of patients undergoing conservative treatment for Chronic Kidney Disease until the choice of Renal Replacement Therapy. This was conducted through a cross-sectional, descriptive study involving interviews with 63 professionals working in outpatient clinics of four nephrology specialist training centers in Rio de Janeiro, between March and September 2022. The results are presented in two thematic areas: Patient follow-up and Informed Consent. We conclude that the process is not based on the patient's choice and that the patient is dependent on the availability of healthcare services and the professional's guidance regarding options. It is important to develop knowledge about the options available to empower patients to become autonomous and capable of seeking access to the treatments they need.



Key words

Bioética; terapia de substituição renal; tomada de decisão compartilhada; relações médico-paciente.

Bioethics; renal replacement therapy; decision making shared; physician-patient relations.



Fechas

Recebido: 25/07/2025. **Aprovado:** 27/05/2026



1. Introdução

Na doença renal crônica (DRC), muitas vezes, será necessário substituir a função do rim, que não é capaz de manter a homeostase, por tratamentos 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, pois esse tratamento deverá ser realizado continuamente. Vale ressaltar que não existe cura para essa doença (Daugirdas et al., 2016; Riella, 2024).

A escolha da TRS deve ser minuciosamente pensada pelo usuário juntamente com a equipe de saúde, considerando todos os pontos que podem influenciar, como detalhes da estrutura domiciliar, de apoio familiar, de qualidade da água e disponibilidade de eletricidade que são primordiais para que a terapia seja realizada com qualidade (Daugirdas et al., 2016).

Na doença renal crônica (DRC), muitas vezes, será necessário substituir a função do rim, que não é capaz de manter a homeostase, por tratamentos dolorosos e desgastantes, mas capazes de manter a vida do paciente

É óbvio que profissionais especialistas em Nefrologia possuem o conhecimento técnico sobre essas possibilidades. Mas o papel destes 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).

É recomendado que esse acompanhamento e aconselhamento se dê desde as fases iniciais da DRC, quando o paciente se encontra em condições de compreender e assimilar as opções terapêuticas disponíveis e apresenta possibilidade de preparo conforme suas vontades e possibilidades clínicas, confeccionando-se, por exemplo um acesso permanente precocemente (Ministério da Saúde, 2014; Riella, 2024).

A Diretriz Clínica Brasileira 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 (Ministério da Saúde, 2014).

Ressalta-se que, além do médico, os demais profissionais atuantes na equipe de tratamento conservador: enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social, 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).

O objetivo desse estudo foi analisar, sob a ótica da teoria Principalista de Beauchamp e Childress (2002), a perspectiva de profissionais de saúde sobre o acompanhamento do paciente em tratamento conservador da DRC até a escolha da TRS.



2. Metodologia e caracterização dos participantes da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados todos os médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais dos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de 4 serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, totalizando 63 profissionais.

Foram explicados os objetivos da pesquisa, como ocorreria a participação e, após o aceite, concordância e assinatura do TCLE as entrevistas foram realizadas entre março e setembro de 2022, seguindo o roteiro estruturado, que continha perguntas relacionadas a como acontece o processo de tomada de decisão para instituir a TRS, se

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa em que foram entrevistados todos os médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais dos ambulatórios de tratamento conservador da DRC de 4 serviços de formação de especialistas em Nefrologia do Rio de Janeiro, totalizando 63 profissionais

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; e se há uso de algum termo de consentimento para registro da escolha do usuário.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com duração média de 15 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 (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 (Ministério da Saúde, 2012), vigente no momento da submissão ao sistema CEP/CONEP e realização das etapas da pesquisa para a avaliação de pesquisas com seres humanos. 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 pareceres: 5.218.631; 5.261.499; 5.274.820; 5.310.182; 5.525.791.



3. Resultados

Na análise dos dados, emergiram 191 unidades de significação e 2429 unidades de registro (UR) que foram agrupadas por semelhança e apresentadas no quadro 1, em 2 eixos temáticos: O acompanhamento do paciente e O Termo de consentimento.

Quadro 1. Análise Bioética do processo de escolha da TRS pela perspectiva de profissionais atuantes em ambulatório de tratamento conservador da DRC

Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Análise Bioética e Falas dos profissionais
O acompanhamento do paciente	Como é o acompanhamento do paciente no ambulatório	Baseado na beneficência foi apresentado que é prolongado (por anos), com a equipe multiprofissional; para retardar a progressão da doença e conservar o funcionamento renal (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; 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	Baseado na beneficência, segundo os profissionais, oferecer conhecimento e esclarecer: o que é rim, a doença; sem cura e com evolução natural; papel do paciente para se ajudar: adesão leva à progressão lenta e a falta acelera; o que é TRS, vai chegar o momento de falência do funcionamento renal e início desta; oferecer opções e planejar; necessidade de ter um acesso (a maioria citou a fístula (Hemodíalise - HD); apenas 1 pessoa citou Tenckhoff (Díalise Peritoneal - DP), que é para a vida inteira e causa mudanças; é um discurso construído para o paciente se familiarizar. Dois profissionais citaram que orientam somente quando o paciente piora função renal: E59 “Eu começo geralmente a conversar quando eu vejo que o paciente está caminhando para diálise, tá perdendo função renal”. Foi reforçado o paternalismo e o controle do profissional sobre a saúde do usuário: E44 “é... quando a gente não consegue mais impedir que ele fique fora da terapia renal substitutiva”.
	Orientação sobre as modalidades de TRS	Ancorado na justiça, a maioria aborda 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; Transplante (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: E19 “Falo pra não dizer que não falei (risos). Mas não falo dizendo que seria opção”. E24 “A gente diz que existe por alto as duas modalidades, até às vezes fala do transplante”.



Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Análise Bioética e Falas dos profissionais
O acompanhamento do paciente	Como faz a orientação das TRS e o uso de suporte tecnológico	Foi relatado uso de fotos, imagens, ilustrações, principalmente as disponibilizadas na internet; realizam atividades lúdicas, faz desenhos, apresentação em slides, 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. Um profissional relatou a realização de <i>lives</i> para disponibilização de informação. Três relataram que realizam o cálculo da taxa de filtração glomerular e que essa é uma boa estratégia para explicação. Entretanto, 14 relataram não usar material de apoio. Dois 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	A maioria dos profissionais compreende como sua competência a orientação da TRS: E52 "Ah, com certeza. Nossa, minha, total minha competência. Minha obrigação!" E veem seu papel como orientar, tirar dúvidas, medos e angústias: E25 "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 apenas médica.
	Como verifica se o paciente compreendeu todas as modalidades de tratamento	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: E12 "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." E49 "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?".



Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Análise Bioética e Falas dos profissionais
O acompanhamento do paciente	Agudização da DRC e urgência que leva a TRS	Infelizmente, no curso natural da doença, em algum momento, o usuário crônico apresenta piora, com sintomas urêmicos, que identificam a agudização da doença e necessidade de entrar em TRS. Nessas situações falta preparo e orientação sobre a doença. Foi relatado que, muitas vezes, em serviços de emergência o usuário entra em terapia, 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. E18 “então, ele já no mesmo dia, ele já interna e já começa a preparação, a organização prum início de terapia dialítica de urgência”. E41 “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?” ... ” e, muitas vezes, ele mesmo não está em condição de contestar, vamos dizer assim, de discutir, de negar, de questionar qualquer coisa que seja”. E49 “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...” E55 “e infelizmente tem aqueles em momentos de agudização e que não tiveram muita escolha, e a gente coloca HD”.
	Como inicia (em qual) TRS no serviço	Comumente iniciado pela Hemodiálise: E14 “porque provavelmente, quando chegar o momento, você vai começar a dialisar por hemodiálise” Ressaltando a impossibilidade da escolha do paciente: E8 “Aqui, eles não têm essa opção”, reforçado uma tendência da formação: E2 “A gente, normalmente, na nossa formação de nefrologista, a gente tem uma tendência a colocar mais em hemodiálise que diálise peritoneal” Muitas vezes evidenciada por dificuldades encontradas no serviço, como a não disponibilidade de todas as TRS: E20 “É porque aqui a gente só tem a hemodiálise né? a princípio, né?”. Nessa perspectiva percebemos a dificuldade da escolha, sendo essa direcionada pelo profissional e decidida, basicamente, pela oferta do sistema de saúde. Não há justiça distributiva.
	Possibilidade de mudar de TRS ao longo do curso da doença	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: E1 “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”...“Ela não vai ser sempre essa modalidade”...“a hemodiálise é melhor, mas pode ser que daqui a cinco anos não seja”. E18 “ele pode, pode e deve migrar pelos tratamentos, né?”. E25 “o paciente não quer assumir a responsabilidade do tratamento e, aí, óbvio, você tem o cardápio das outras diálises”...“ou seja, ele 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”.



Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Análise Bioética e Falas dos profissionais
O Termo de consentimento	Realiza a Entrega algum TCLE sobre início de diálise	A grande maioria dos profissionais 48 (76,19%) respondeu que não entrega TCLE ao paciente para iniciar a TRS ou sobre escolha de terapia. Houve profissionais que disseram não entregar naquele serviço, mas deixando subentendido que entregava em outro local onde atuou: E4 “Não. Não entrego porque não trabalho mais em clínica”. Apenas 5 disseram que realizam a entrega: quando recusa diálise; quando inicia na DP e quando vai transplantar. Apenas 2 disseram que fazem TCLE para quem escolhe a TRS. 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	Existe TCLE no serviço para as seguintes situações: implantação de cateter; uso de medicações especiais; transplante; entrada em DP; alta à revelia; anestesia; procedimento em centro cirúrgico; fazer pesquisa com os dados de acompanhamento dos pacientes. Em clínicas de HD foi citado existência para iniciar o procedimento e diálise domiciliar. Oito profissionais não sabiam ou nunca tinham ouvido falar sobre. Um disse que no serviço tem, mas não é usado; e foi reforçado que em emergência não tem consentimento.
	Compreende como sua competência profissional entregar o TCLE	Quando questionados os profissionais disseram não ser atribuição específica de 1 profissional, e sim da equipe: E22 “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”. Também foi relatado ser responsabilidade de quem vai acompanhar a diálise (equipe assistencial) e da enfermagem. Seis profissionais frisaram acreditar não ser sua responsabilidade: E48 “porque ele é direcionado a realizar essa parte burocrática na secretaria”; Porém 2 afirmaram não ser responsabilidade da nutrição; 1 afirmou não ser responsabilidade do serviço social. Apenas 3 afirmaram ser sua responsabilidade e disseram fazer isso em outro serviço que atuam.
	Importância do TCLE	23 (36,5%) refere que seria importante e o certo ter, pois é um procedimento invasivo e que expõe a riscos: E12 “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.” Ele representa validade legal e respaldo para a atuação profissional, segundo 4 profissionais, principalmente em recusa à TRS: E9 “Muito mais até quando eles recusam a diálise. Porque se ele aceita numa boa, às vezes a gente até acaba, vai esquecendo”. Dois profissionais referem que não ser importante e 2 não sabem se seria.



Categoria Temática	Núcleo de Sentido	Análise Bioética e Falas dos profissionais
O acompanhamento do paciente	Momentos em que se deveria ter um TCLE	E1 “não só no início do tratamento, mas quando a gente apresenta a modalidade 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, que você encaminha ele para a confecção de uma fistula, e nos casos de emergência.” Outros momentos importantes citados foram: na emergência; em UTI; no contexto de agudização da DRC; na autorização de procedimentos (biópsia, cateter tunelizado, cateter peritoneal, acesso vascular definitivo, passagem de CDL ou permcath - especialmente por residentes, confecção de fístula; na HD, antes da cirurgia do TX, se recusa TRS e de ciência dos riscos. E37 “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.”

Fonte: Autoria própria, 2025

4. Discussão

Profissionais de saúde sabem que, faz parte de sua rotina quotidiana, o processo de tomada de decisão compartilhada com o usuário sob seu cuidado. Uma reflexão interessante para repensar a atuação profissional é: se em algum momento da vida, 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 por mim ou gostaria de ser o responsável? (Casellas, 2022).

Partindo dessas perguntas, é possível pensar princípios de atuação profissional: decisões são tomadas de forma paternalista, considerando o que entendo como o melhor para o paciente e os benefícios para sua saúde? Ou será que, efetivamente, há convite do usuário para estar nesse processo, apresentando todas as possibilidades disponíveis, a fim de que ele compreenda e decida o que poderá, efetivamente, ser melhor? (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, a tomada de decisão da modalidade de TRS a se realizar é um processo complexo, influenciado pelo letramento em saúde, e a compreensão sobre sua real condição e de aceitação das informações recebidas. O estilo de vida pré-dialítico, os sistemas de suporte (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 (Cassidy et al., 2018; Sanchez-Tomero, 2013).

É importante planejar a tomada de decisão, preferencialmente em estágios mais iniciais da doença, de forma compartilhada entre pacientes e profissionais, 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 possibilidades possíveis (Ferreira et al., 2015).

Em 2016, um 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; 1 relatou que sua família decidiu; e a decisão exclusiva pelo paciente foi tomada em 12 casos (5,9%), tendo nesses, o médico ofertado todas as possibilidades

Em 2016, um 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; 1 relatou que sua família decidiu; 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 (Ministério da Saúde, 2018; Pereira et al., 2016). Esses dados também se relacionam aos nossos, uma vez que percebemos através das falas apresentadas uma prática baseada na beneficência e com dificuldade dos profissionais em reconhecer a autonomia como uma necessidade e prioridade.

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. Ressaltamos que mesmo o tratamento sendo essencial para a manutenção da

vida, há a possibilidade de negar sua instituição. 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 et al., 2018; Rosansky et al., 2017). Ao profissional caberá, diante dessa escolha a qual até pode discordar, exercer seu direito de objeção de consciência e encaminhar o paciente a um colega capaz de oferecer tal cuidado.

É necessário tomar decisões sempre considerando os aspectos clínicos/fisiológicos e éticos, nunca esquecendo que esses se complementam. Conforme a Lei nº 15.378/2026, que institui o Estatuto dos Direitos do Paciente, todos os pacientes tem o direito à informação sobre os tratamentos e eventuais alternativas incluindo os riscos e os benefícios dos procedimentos, sendo todas essas informações disponíveis de forma “acessível, atualizada e suficiente para que o paciente possa tomar decisão sobre seus cuidados em saúde” (Brasil, 2026).



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 (Noble et al., 2018; Lam et al., 2013).

Recomenda-se que o usuário seja informado sobre todas as modalidades existentes e os benefícios e riscos em realizar cada uma delas, sem tendências, 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 (Siqueira-Batista et al., 2013; Stryckers et al., 2016). Neste momento o profissional pode, inclusive, considerar a utilização do uso de TCLE como uma forma de apoio à orientação.

A distribuição justa, equitativa e apropriada de acesso a diagnósticos e tratamentos poderão propiciar benefícios, evitar a ocorrência de complicações e malefícios frequentes nessa população, além de favorecer práticas autônomas

Pensando no princípio da justiça, é importante considerar a dificuldade de acesso a tratamento por pacientes que permanecem em longas filas aguardando atendimento com especialista. Isso coloca as pessoas em condições desiguais, com agravamento de doenças, necessitando, muitas vezes, de condutas imediatas em serviços de emergência. Esse tipo de atendimento poderá acarretar dificuldade de compreensão e avaliação da capacidade de decisão, além de escancarar a vulnerabilidade comum ao paciente com DRC e,

consequentemente, será diferente daquele que teve tempo para ser preparado em tratamento conservador e, portanto, terá mais dificuldade para participar do processo de tomada de decisão (Salati et al., 2011).

A distribuição justa, equitativa e apropriada de acesso a diagnósticos e tratamentos poderão propiciar benefícios, evitar a ocorrência de complicações e malefícios frequentes nessa população, além de favorecer práticas autônomas. Ressalta-se que em situações de agudização de DRC e necessidade imediata de instituição de tratamentos, os profissionais por vezes usam o fraco argumento paternalista como justificativa para indicar tratamentos, alegando que a uremia pode deixar essas pessoas com a capacidade decisória comprometida (Nobre et al., 2015).

Ainda relacionada à dificuldade de acesso a tratamentos, devemos discutir a justiça distributiva e os de recursos de saúde, relacionado especialmente ao acesso a DP e TX. 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. Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2025) apenas 4,2% dos pacientes encontram-se em DP.

Ressaltamos que a dificuldade, muitas vezes, está além das possibilidades de atuação dos profissionais, uma vez que existem legislações, como exemplo a de cadastramento



de usuários e acesso ao transplante renal, que impedem a disponibilização de todas as possibilidades de tratamento a todos os indivíduos; questões clínicas que impossibilitam que a vontade do usuário seja exercida, tornando a possibilidade de complicações maior que os benefícios impostos pelo tratamento; e também sobre a dificuldade de acesso a vagas igualitárias a todos os tratamentos, como apresentado anteriormente as vagas de DP são poucas e o número de órgãos disponíveis anualmente infinitamente menor que o quantitativo de pessoas cadastradas na fila aguardando (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2025; Brasil, 2025).

Nessa perspectiva reforçamos a necessidade das organizações de saúde repensarem a disponibilização de alternativas de tratamento, uma vez que o número de pacientes

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

que necessitam de TRS cresce anualmente. É peremptório, que também, os profissionais na sua rotina, repensem a forma de atuar, pois mesmo que o tratamento não esteja disponível naquele momento, essa poderá ser uma necessidade e/ou possibilidade futura para todos (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2025). 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, 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”.

Profissionais referem à tomada de decisão pautada, em sua maioria, pela beneficência e não maleficência. Autores referem que há na saúde um comportamento habitual dos profissionais em usar a autoridade profissional, perpetuando a dependência dos pacientes que é marca do paternalismo médico clássico. 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 (Beauchamp e Childress, 2002; Campos & Gomes, 2024; Friberg et al., 2018; Holmes et al., 2006; Schell & Cohen, 2014).

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 avaliação dos benefícios e malefícios de todos os tratamentos disponíveis. A aplicação do paternalismo forte nunca pode ser considerada. Quando os resultados que se espera obter, enquanto profissional, são coincidentes aos interesses do paciente, é, portanto, respeito à autonomia (Beauchamp & Childress, 2002; Campos & Gomes, 2024; Friberg et al., 2018; Holmes et al., 2006; Schell & Cohen, 2014).

A defesa de direitos do paciente e a relação de confiança estabelecida com os profissionais pode ser expressa pela assinatura de termos de consentimento, que possibilitam as indicações e descrição do tratamento factível para esse, baseado na aplicação da boa-fé, solidariedade, lealdade e respeito (Beauchamp & Childress, 2002; Lopes, 2012).



A assinatura de um TCLE é uma recomendação da diretriz Clínica para o Cuidado à Pessoa com DRC desde 2014. 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 (Ministério da Saúde, 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,

Ressaltamos que a legislação brasileira sobre os direitos do paciente garante o consentimento informado sem coerção ou influência indevida, tendo o paciente a possibilidade de retirar este ou mudar de opinião, a qualquer tempo, sem sofrer represálias ou punições em seus tratamentos

preferencialmente, quando o paciente ainda se encontra em tratamento conservador, pois nesse momento o paciente tem maior capacidade de decisão e poderá ser apresentado os benefícios e 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 (Brennan et al., 2017).

Nesse momento é frequente o uso do paternalismo médico clássico como justificativa para algo eticamente injustificável. A vulnerabilidade dos pacientes ou à avaliação da capacidade de decisão prejudicada, frequente nos pacientes renais especialmente em estágios mais avançados da doença, não pode ser utilizada como justificativa para essa ação. Conforme apresentado anteriormente, a disponibilidade adequada de tratamentos, incluindo o conservador da DRC desde suas fases

iniciais (estágio 3A – com taxa de filtração glomerular acima de 45 ml/min/1,73m²) é necessária e precisa ser incluída como uma prioridade do sistema de saúde brasileiro (Ministério da Saúde, 2014; Guimarães & Novaes, 1999; Salati et al., 2011)

A presença do TCLE pode e deve ser vista como uma forma de cuidado, fornecendo preparo eficiente e como garantia de respeito à autonomia, possibilidade de oferta de tratamentos com benefícios à saúde e não aceitação de malefícios, compreendendo as dificuldades que cada uma das possibilidades poderá oferecer no contexto da inserção de TRS (Brennan et al., 2017).

Ressaltamos que a legislação brasileira sobre os direitos do paciente garante o consentimento informado sem coerção ou influência indevida, tendo o paciente a possibilidade de retirar este ou mudar de opinião, a qualquer tempo, sem sofrer represálias ou punições em seus tratamentos. É importante considerar que mesmo a legislação apresentando que em situações de risco de morte e que o paciente esteja inconsciente o consentimento possa ser exceção, reforça-se que não é aceitável utilizar o paternalismo como única justificativa para a introdução ou retirada de TRS (Brasil, 2026).



5. Conclusões

Com esse trabalho foi possível identificar, através das falas dos profissionais, que o processo de escolha da TRS não é pautado na escolha do paciente e que este se torna refém da disponibilidade dos serviços de saúde que o atendem e do direcionamento do profissional sobre essas possibilidades.

A literatura sabidamente aponta para a necessidade de uma tomada de decisão compartilhada como sendo a melhor estratégia para que o usuário possa se sentir contemplado através do exercício de sua autonomia e possibilidade de um atendimento justo e baseado na beneficência e não maleficência.

Sugerimos a implantação e uso do TCLE, conforme recomendações, não apenas para uma comprovação de oferta de assistência, mas como uma forma de orientação, registro das dificuldades encontradas no serviço e possibilidade de oferta de cuidado individualizado. Se o usuário leva uma cópia deste para casa com orientações sobre as modalidades de tratamento, suas facilidades e dificuldades, indicações e contraindicações, disponibilização de links e sites que oferecem informações de forma clara e fidedigna, este e sua família/cuidadores poderão ter acesso a informações e tornar-se empoderados para melhor buscar informações.

É importante então que o usuário possua conhecimento sobre todas as possibilidades e possa ser considerado um indivíduo autônomo e capaz de buscar acesso aos tratamentos que necessita. Não podemos deixar de vislumbrar todos esses pontos como parte da atuação de profissionais de saúde.

Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Editora Edições 70.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. Loyola.
- Brasil. (2025, 25 de setembro). Portaria GM/MS Nº 8.041, de 25 de setembro de 2025 - Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4 de 28 de setembro de 2017, para estabelecer a Política Nacional de Doação e Transplantes e definir o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2026/prt8041_21_01_2026_rep.html
- Brasil. (2026, 6 de abril). Lei nº 15.378, de 6 de abril de 2026. Institui o Estatuto dos Direitos do Paciente. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2026/lei/l15378.htm
- Brennan, F., Stewart, C., Burgess, H., Davison, S. N., Moss, A. H., Murtagh, F. E. M., Germain, M., Tranter, S., & Brown, M. (2017). Time to Improve Informed Consent for Dialysis: An International Perspective. *Clinical Journal of the American Society Nephrology*, 12(6), 1001-1009. <https://doi.org/10.2215/CJN.09740916>
- Campos, T. S., & Gomes, A. P. (2024). Conflitos éticos e tomada de decisão sobre terapia renal substitutiva. *Revista Bioética*, 32, e3715PT. <https://doi.org/10.1590/1983-803420243715pt>
- Casellas, J. (2022). *Tomada de decisão compartilhada - Uma ação solitária ou solidária?* Saúde Debate. <https://saudedebate.com.br/colunistas/jociane-casellas/tomada-de-decisao-compartilhada/>



- Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. (2018). Educational Support Around Dialysis Modality Decision Making in Patients With Chronic Kidney Disease: Qualitative Study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2054358118803323>
- Daugirdas, J. T., & Blake, P. G. (2016). *Manual de diálise* (5.ª ed.). Grupo Gen - Guanabara Koogan.
- Fernandes, N. M. S. (2014). *Assistência interdisciplinar ao paciente com Doença Renal Crônica*. Unidade 4 Em Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.
- Ferreira, D. C., Silva Junior, A. G., & Batista, R. S. (2015). A Bioética na Tomada de Decisão na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 479-485. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e00742015>
- Friberg, I. O., Mårtensson, L., Haraldsson, B., Krantz, G., Määtä, S., & Järbrink, K. (2018). Patients' Perceptions and Factors Affecting Dialysis Modality Decisions. *Peritoneal Dialysis International*, 38(5), 334-42. <https://doi.org/10.3747/pdi.2017.00243>
- Guimarães, M. C. S., & Novaes, S. C. (1999). Autonomia Reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. *Revista Bioética*, 7(1). https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288/427
- Holmes, D., Perron, A. M., & Savoie, M. (2006). Governing therapy choices: power/knowledge in the treatment of progressive renal failure. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 1, a12. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-1-12>
- Lam, D. Y., O'Hare, A. M., & Vig, E. K. (2013). Decisions About Dialysis Initiation in the Elderly. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(2), 298-302. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.014>
- Lopes, J. R. D. (2012). Autonomia, confiança e boa-fé—um diálogo entre a bioética e os princípios do contrato. Em *Encontro Nacional do CONPEDI. Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI* (pp. 795-821). <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=5052597562444938>
- Ministério da Saúde (Brasil). (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF). <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ministério da Saúde (Brasil). (2014). Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (Brasil). (2018). 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html
- Moura Neto, J. A., Moura, A. F. D. S., & Suassuna, J. H. R. (2018). When dialysis is not a good option: a narrative review of the dilemma of renouncing renal replacement therapy. Em José A. Moura-Neto (ed.), *Renal Replacement Therapy - Controversies And Future Trends*. Nova Medical & Health.
- Noble, H., Brazil, K., Burn, A., Hallahan, S., Normand, C., Roderick, P., Thompson, C., Maxwell, P., & Yaqoob, M. (2017). 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*, 31(10), 921-31. <https://doi.org/10.1177/0269216317704625>
- Nobre, A. L. C. S. D., Dias, O. V., Leite, M. T. S., Freitas, D. M., & Costa, S. M. (2015). Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. *Revista Bioética*, 23(2), 373-386. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232076>
- Pereira, E., Chemin, J., Menegatti, C. L., & Riella, M. C. (2016). Escolha do método dialítico - variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. *Brazilian Journal of Nephrology*, 38(2), 215-224. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160031>
- Riella, M. T. (2024). *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos* (7.^a ed.). Grupo Gen - Guanabara Koogan.
- Rosansky, S. J., Schell, J., Shega, J., Scherer, J., Jacobs, L., Couchoud, C., Crews, D., & McNabney, M. (2017). Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. *BMC Nephrology*, 18(200), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0617-3>
- Salati, M. I., Hossne, W. S., & Pessini, L. (2011). Vulnerabilidade referida pelos pacientes renais crônicos - considerações bioéticas. *Bioethikos*, 5(4), 434-442. <https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/89/A10.pdf>
- Sanchez-Tomero, J. A. (2013). Thoughts on the start and withdrawal of dialysis. *Nefrologia*, 33(6), 758-753. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Jul.12053>
- Schell, J. O., & Cohen, R. A. (2014). A Communication Framework for Dialysis Decision-Making for Frail Elderly Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(11), 2014-21. <https://doi.org/10.2215/CJN.02190314>
- Siqueira-Batista, R., Gomes, A. P., Albuquerque, V. S., Cavalcanti, F.O. L., & Cotta, R. M. M. (2013). Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 159-170. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2025). Censo de diálise 2025. SBN.
- Stryckers, M., Nagler, E., & Biesen W. (2016). 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*, 37(2-3), 11-23. <https://doi.org/10.1515/prilozi-2016-0014>