

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v3.09>**AS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO RENAL E SEUS EFEITOS NO CORPO
BIOLÓGICO, NO SOCIAL E NO EMOCIONAL DE PESSOAS COM IRC****HOSANA DE NAZARÉ MIRANDA DE CARVALHO¹**

Mestranda em Enfermagem pelo PPGENF da Universidade do Estado do Pará

MARIA GORETH SILVA FERREIRA¹

Doutora em Enfermagem, docente do PPGENF da Universidade do Estado do Pará

RESUMO

Objetivo: descrever os efeitos das terapias renais no corpo biológico, no social e no emocional de pessoas com doença renal crônica. **Metodologia:** trata-se de uma reflexão teórica com enfoque nos efeitos da terapia renal e nas injunções relacionadas, fragmento da base conceitual de uma dissertação de mestrado em fase de elaboração. **Resultado e Discussões:** os incômodos promovidos pelas terapias dialíticas se traduzem em efeitos de caráter transitórios e duradouros, sendo comuns as disfunções de acessos por infecção e trombose, falhas relacionadas a máquina de hemodiálise e ao tratamento de água, também ocorrem. Pacientes em terapia renal perdem capacidade de mobilidade e de força física, culminado em afastamentos e aposentadorias, perdem em qualidade de vida enquanto lutam por trazer normalidade às suas vidas. O excesso de intervenções dolorosas e de internações priva-os da presença de seus pares, promove sentimentos negativos dirigidos a si e a outros, raiva, medo, culpa são, comumente, referidos. A admissão de pacientes em diálise peritoneal é pouco registrada se comparada a hemodiálise. Baseada no autocuidado, exige a participação efetiva da equipe multiprofissional, se tornando imprescindível a atuação do enfermeiro. Peritonites relacionadas à ambiência e à falha na técnica de troca, aliada às complicações mecânicas, presença hérnias e extravasamento de líquido, são maiores causas de falência na diálise peritoneal. **Considerações Finais:** efeitos indesejados ocorrem tão logo o paciente inicia a terapia, seja diálise peritoneal ou hemodiálise, no entanto melhores resultados surgem a partir das intervenções multidisciplinares, se tornando relevante a atuação da equipe médica, equipe de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais para o auxílio à escolha e manutenção da modalidade terapêutica que mais se adequa ao quadro clínico e ao estilo de vida do paciente e do seu cuidador, além de ações de educação em saúde com vistas a melhor adesão.

Palavras-chaves: terapias de substituição renal; doença renal crônica; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: describe the effects of renal therapies on the biological, social and emotional bodies of people with chronic kidney disease. **Methodology:** this is a theoretical reflection focusing on the effects of renal therapy and related injunctions, a fragment of the conceptual basis of a master's thesis in the preparation phase. **Result and Discussions:** the discomfort caused by dialysis therapies translates into transient and long-lasting effects, with access dysfunctions due to infection and thrombosis being common, failures related to the hemodialysis machine and water treatment also occur. Patients undergoing renal therapy lose mobility and physical strength, resulting in sick leave and retirement, and lose quality of life as they struggle to bring normality to their lives. The excess of painful interventions and hospitalizations deprives them

of the presence of their peers, promotes negative feelings directed at themselves and others, anger, fear, guilt are commonly reported. The admission of patients on peritoneal dialysis is rarely recorded compared to hemodialysis. Based on self-care, it requires the effective participation of the multidisciplinary team, making the role of the nurse essential. Peritonitis related to the environment and failure in the exchange technique, combined with mechanical complications, the presence of hernias and fluid leakage, are major causes of peritoneal dialysis failure. Final Considerations: unwanted effects occur as soon as the patient starts therapy, be it peritoneal dialysis or hemodialysis, however better results emerge from multidisciplinary interventions, making the role of the medical team, nursing team, nutritionists, psychologists and social workers relevant to help choose and maintain the therapeutic modality that best suits the clinical condition and lifestyle of the patient and their caregiver, in addition to health education actions aimed at better adherence.

Keywords: renal replacement therapies; chronic kidney disease; nursing.

INTRODUÇÃO

Pacientes em estado avançado da perda da função renal, em geral com Taxa de Filtração Glomerular estimada em valores $< 15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ são classificados como pessoas em condição de doença renal terminal. Passam, portanto, a depender de uma Terapia de Substituição da Função Renal, sendo essa recomendação da Diretriz KDIGO (2013), órgão internacional que estabelece consenso para se atingir melhores resultados em saúde de pessoas que vivem em condição de insuficiência renal, a partir de dados baseados em evidência.

Tem-se no Brasil, a Hemodiálise e Diálise Peritoneal como terapias mais comuns (Evaristo *et al.*, 2020). À despeito da HD e da DP, consistem em um método de eliminação de água e de produtos da degradação proteica. Nesse sentido, ocorre, por meio da HD e da DP, um processo análogo ao trabalho realizado pelo rim, em que o sangue corporal passa por uma membrana semipermeável, enquanto é exposto a uma solução estéril acrescida de eletrólitos (Galvão; Silva; Santos, 2019). Para que o ocorra, a HD se utiliza de um filtro com membrana artificial, enquanto na DP se o utiliza a membrana peritoneal.

Amiúde, na HD, a escolha do filtro é feita com base na extensão da superfície corporal, no estado hemodinâmico e no quadro urêmico apresentado pelo paciente. Em geral o paciente é submetido a 3 sessões de HD semanalmente com duração de 3 a 4 horas cada sessão, com os fluxos de sangue e da solução de diálise pré-definidos. Dependendo da necessidade do paciente, doses diárias de HD são administradas (KDIGO, 2013).

Para que possa ser submetido a HD o paciente necessita de um acesso vascular, sendo a Fístula Arteriovenosa (FAV), o enxerto arteriovenoso com material sintético e o Cateter Venoso Central (CVC) os mais utilizados (Carneiro; Melo; Lima, 2021). No Brasil, segundo o Inquérito Brasileiro de Diálise do ano 2021, dos pacientes em diálise, 23,6% usam CVC; 73,9% usam FAV e 2,2% usam enxerto arteriovenoso.

As FAV são os acessos mais comuns e são denominados de acessos definitivos, podem estar relacionados a menores taxas de complicações, menor mortalidade, menor custo, menor taxa de infecção, menos incidência de trombose, menos intervenções e mais perviedade (Vachharajani; Nakhoul; Taliercio, 2019).

Os Enxertos Arteriovenosos são constituídos como opção aos pacientes que não têm vasos compatíveis para a confecção de FAV, possuem vasos de calibres limitados e poucos distensíveis. Torna-se desvantajoso na presença de infecção e pelo elevado risco de perda da prótese (Lok *et al.*, 2019).

Quanto aos CVC para fins de hemodiálise estes são acessos de dupla ou tripla luz, de curta ou longa permanência utilizados com o propósito de salvaguardar a vida do paciente em condição de cronicidade agudizada, dada a urgência com que adentram os serviços de saúde ou quando não foi possível a confecção de FAV ou colocação de enxerto (Mendes *et al.*, 2017).

No que concerne à HD, avanços tecnológicos, possibilitam o uso de membranas biocompatíveis, diminuindo as reações inflamatórias; permitem a correção da anemia com uso de eritropoetina, reduzindo o número de transfusões sanguíneas, aumentando a segurança do cuidado, facilitando o manejo clínico e terapêutico, elevando a expectativa de vida de pacientes de todas as faixas etárias.

Quanto a DP, embora considerada um método equivalente a HD, estima-se que há, no Brasil, cerca de 10.713 pacientes inscritos em programas de DP, a maioria subsidiados pelo sistema único de saúde. Destes 5,8% realizam Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) e 1,9% realizam Diálise Peritoneal Ambulatorial Continuada (DPAC) (Barbosa *et al.*, 2022). Um número pequeno de paciente e decrescente anualmente se comparado a HD.

Em outros países, a adesão à DP assume configurações distintas. Em Hong Kong, 71% dos portadores de DRC utilizam a DP, no México, 61% dos pacientes são submetidos à DP, na Nova Zelândia e no Canadá é aderida por 30% dos pacientes e nos Estados Unidos, embora tenha baixa adesão, supera o Brasil atingindo 10,1% dos pacientes (Barbosa *et al.*, 2022).

Considerada como uma opção de TSFR para pacientes que não desejam ou que não podem submeter-se a HD ou ao TxR. Possui menor custo-efetividade, sua aplicabilidade não exige aparato tecnológico, sua adesão favorece crianças e jovens e, em geral, pacientes que residem em ambientes rurais e remotos. Outrossim, preserva a função renal e o acesso vascular, favorece o controle de níveis pressóricos e hematológicos e ainda, promove a estabilidade hemodinâmica até um eventual TxR (Mendes *et al.*, 2017).

Contudo registra-se na atualidade baixa prevalência de DP no Brasil, em comparação a HD, atingindo valor estimado de 7,7%, levando a um ciclo danoso ao paciente de adesão mediante falência de acesso vascular (Lopes, 2021).

Desse modo, observa-se um aumento na procura pela DP por pacientes extremamente manipulados, submetidos a tentativas não exitosas de confecção de acessos vasculares, em total desalinhamento com o programa de DP, outros possuem complicações que inviabilizam o início imediato na terapia, pois conjugam a DRC a presença de complicações que limitam a inserção imediata do paciente na terapia de DP (Galvão; Silva; Santos, 2019). Ressalta-se que a demanda espontânea é rara e é crescente a admissão por demanda judicial.

A DP é primariamente um tratamento ambulatorial realizado pelo paciente e/ou por cuidadores, previamente treinados, certificados e acompanhados pelo enfermeiro. Nesse contexto é estabelecido um plano de cuidado e de aprendizagem, onde os envolvidos são capacitados quanto à técnica de troca e são ensinados a identificar e conduzir intercorrências (Sousa, 2020). Assim, a compreensão dos aspectos que envolve a DP se constitui em um dos primeiros desafios na implementação do plano de cuidado do paciente (Galvão; Silva; Santos, 2019).

Acostumado a uma realidade, onde o atendimento de suas necessidades no transcurso das sessões de HD é feito pela equipe de saúde, ao se deparar com uma proposta onde terá que realizar o autocuidado, identificar e corrigir intercorrências em troca de maior liberdade para viagens, maior tempo disponível para socialização e maior qualidade de vida, o paciente reage com estranheza (Oliveira; Marinho; Silva, 2019).

Contudo, efeitos indesejáveis relacionados a terapia surgem à medida que o paciente inicia a TSFR, seja em HD ou em DP. Ressalta-se que o objetivo deste inscrito é descrever os efeitos da terapia dialítica no corpo biológico, no social e no emocional da pessoa em condição de DRC.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica com enfoque nos efeitos da terapia dialítica no corpo biológico, no social e emocional de pessoas submetidas às terapias dialíticas, fragmento da base conceitual da dissertação de mestrado da autora principal, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará esta, em fase de elaboração que tem como tema “Sentidos atribuídos à vivência da mulher jovem com doença renal crônica”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

REALIZAÇÃO:



APOIO:



Repetida vezes, dada a necessidade de iniciar a terapia com relativa urgência, pacientes em condição aguda da perda da função renal são submetidos à inserção de CVC, sem que antes sejam orientados adequadamente acerca das terapias existentes, suas indicações, vantagens, desvantagens, cuidados com o acesso e outras implicações relacionadas ao uso desses dispositivos se tornando a HD a primeira opção terapêutica (BRITO, 2017; GALVÃO, SILVA, SANTOS, 2019).

Passando, a partir daí, a ter que conviver com os primeiros incômodos gerados pela terapia. Estes incômodos perpassam por vários aspectos, entre eles estão os aspectos físico, social e emocional. Muitas vezes assustados, sem compreender o contexto em que se encontram, são levados a aceitar a conduta médica para o início da terapia por instinto de sobrevivência e por ter esperança de que se trata de uma condição transitória e que dentro de alguns dias não precisará mais da terapia (Duarte; Hartmann, 2018).

Desse modo, com o passar dos dias percebem que a terapia promove efeito dependente e que exige mudanças nos hábitos de vida, a começar pelo banho cuidadoso para evitar encharcar o curativo que protege o acesso venoso de contaminação, terão que recusar alguns alimentos por serem ricos em água, sódio e potássio. Evitando, desse modo, doses adicionais de diálise devido hipervolemia, hipercalemia, alterações neurológicas e eletrocardiográficas refratárias (Almeida; Silva; Araújo, 2021).

Assim, pacientes em diálise requerem atenção, pois a terapia atenua sintomas do desequilíbrio gerado pela perda da função renal, mas os coloca em condições de vulnerabilidade e estão sujeitos a sofrer intercorrências clínicas no curso das sessões que variam de pequenas instabilidades a eventos cardiovasculares e neurológicos graves (Duarte; Hartmann, 2018).

Estas podem ser de efeito transitório, mas podem permanecer por várias horas ou dias após a diálise, causar desconforto e reduzir a capacidade de realizar atividade do cotidiano e o autocuidado (Almeida; Silva; Araújo, 2021)

Um estudo feito no Brasil, por Silva *et al.* (2018), identificou que 87,1% dos pacientes sofrem pelo menos uma intercorrência no curso das sessões de diálise. Santos *et al.* (2021), em um estudo feito no Oeste do Pará concluiu que os pacientes evoluem com hipotensão arterial em 60% das sessões, as cãibras se manifestam em 50% das sessões e não menos importante, pacientes queixam-se de cefaléia em 20% das sessões. O que para Silva *et al.* (2018), ocorre pela ausência de melhor adesão do paciente e melhores ajustes na prescrição de diálise.

Outro aspecto a ser considerado são as infecções, pois tem no aparato da diálise um leque de oportunidades que possibilitam a sua instalação que se desdobram, seja através do acesso venoso, pela manipulação do sistema extracorpóreo ou pelo sistema de tratamento de

água que podem se manifestar através de alterações hematológicas, febrículas e calafrios de baixa e grande intensidade (Scavazini, 2020).

Santos (2021), afirma que no processo intradialítico pode ocorrer disfunção do acesso por infecção, trombose, quebra e saída acidental. Surge a partir deste cenário necessidades de intervenções que levam à internação hospitalar, pode ainda culminar em falência de acesso vascular e assim, exigir recursos adicionais e em última instância interferir na sobrevida.

Menos comuns, no entanto, de elevada importância são as falhas relacionadas às máquinas de hemodiálise. Estas ocorrem por ausência de manutenção intervalar rigorosa, associada a baixa vigilância da equipe de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, gerando preocupação, medo e até desconfiças do paciente em relação a quem vai manipular a máquina (Terra, 2010).

Assim, pode ocorrer embolia por disfunção da trava de segurança em relação a presença de ar no sistema; hemólise decorrente da elevação da temperatura da solução de diálise; perda de volume considerável de sangue por abertura inadvertida ou ruptura de sistema extracorpóreo (Silva, 2018). Quadros como estes exigem acurácia e intervenção imediata, pois podem causar instabilidade e óbito, sendo essa a intercorrência mais grave em diálise (Terra, *et al.*, 2010).

Tendo em vista que o contato do sangue com o aparelho de diálise desencadeia reações imunoquímicas, libera agentes imunossupressores e imunomoduladores, facilita a exposição a bactérias multirresistentes e infecções virais, deixa o paciente com elevada carga inflamatória, susceptível a processos infecciosos e pouco responsivos às terapias complementares (Scavazini; Américo-Pinheiro, 2020).

De tal modo que desencadeiam sintomas semelhantes a outros quadros que se caracterizam pela presença de febre, calafrios, mal-estar, fraqueza, dor lombar, vômitos e outros que dificultam o diagnóstico e retardam a intervenção (Evaristo *et al.*, 2020; Santos, 2021).

De extrema importância está a relação de infecção com a manipulação das soluções utilizadas durante as sessões de HD. O sistema de tratamento de água para HD inspira cuidado e monitoramento rigoroso a fim de evitar eventos pirogênicos traduzidos por calafrios durante as sessões, além de complicações como hepatopatia, encefalopatia e doença óssea relacionadas a presença de algas, protozoários, bactérias, substâncias como flúor, cloro, alumínio e outros na água (Santos, 2020).

Fato registrado no Brasil, nos anos 90, na cidade de Caruaru, quando 60 pacientes faleceram após complicações hepáticas relacionadas a contaminação do sistema de tratamento de água por microcistina (Scavazini; Américo-Pinheiro, 2020).

Considerado como uma tragédia que comoveu o mundo, contudo configurou-se num marco de mudanças, pois as autoridades políticas e da saúde normatizaram os serviços de diálise, estabeleceram diretrizes e regulamentos técnicos para a abertura e a manutenção dos serviços existentes (Melo Filho, 1996).

Pacientes em diálise apresentam dificuldade em estabelecer/manter vínculo de trabalho, seja pelo tempo que se dedicam a terapia ou pela redução de sua capacidade de produção. Em contrapartida tem aumento de despesas com medicamentos, tratamentos adicionais e transporte para locomover-se às sessões de diálise, ir às consultas com outros profissionais de saúde com vista a continuidade da terapia e a contemplação da extensa lista de exames preparatórios para o TxR (Jesus *et al.*, 2019).

Cruz *et al.*, (2016) corroboram que pacientes em diálise apresentam dificuldade para a realização de atividades, em geral perdem sua capacidade de mobilidade, da força física e do ritmo de trabalho, como resposta a comorbidade, efeitos mais duradouros das intercorrências e por necessidade de preservar a patência e funcionalidade da fístula, culminando em afastamentos ou aposentadorias.

Seguem em terapia enquanto travam suas lutas em busca de auxílio financeiro, dentre eles está o auxílio-doença do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e auxílio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) que em geral não ultrapassa o valor correspondente a um salário-mínimo brasileiro. Se torna imperativo se adaptar a um novo padrão de vida, não sendo raro a adoção de alternativas informais para complementar a renda (Cruz *et al.*, 2016).

Seus pares, por vezes abandonam suas atividades laborais para se fazer presente às sessões de HD, às consultas e exames complementares à terapia, configurando apoio, mas, também encargo social (Jesus *et al.*, 2019).

A depender da localização geográfica em que residem, disponibilizam de muitas horas antecedentes à sessão de hemodiálise a fim de chegar a tempo, em um turno de diálise pouco flexível, com hora pré-definida para início e término. Culminando em atrasos às sessões, administração de doses de diálise incompletas, ausências frequentes, insegurança alimentar e riscos relacionados a acidentes automobilísticos e fluviais contribuindo com o desgaste físico e emocional, abandono da terapia e aumento da morbimortalidade (Madeiro *et al.*, 2010).

Mesmo diante de esforços implementados pela equipe de saúde na tentativa de diminuir a carga de sofrimento e aplacar os riscos relacionados à terapia dialítica, não é incomum que o paciente manifeste alterações de humor desencadeadas pelo ônus agregado à terapia (Donald *et al.*, 2019).

De posse da realidade de ter que conviver com um artigo médico que modifica a sua aparência física, promove estigma, reduz a autoestima, modifica a percepção da autoimagem e contribui para o isolamento social, causa sensação de perda de autoridade no lar e elevação no grau de dependência física esses pacientes ficam propensos a desenvolverem depressão e ansiedade (Mosleh, 2020).

Nesse sentido, Goh e Griva (2018), corroboram que a carga de procedimentos ao qual são submetidos, bem como as cicatrizes provocadas pela inserção de múltiplos acessos, a dilatações aneurismáticas das FAV, as diversas intervenções cirúrgicas para confecção de fístulas que evoluíram com insucesso e implantes e explantes de próteses vasculares e de cateteres para DP contribuem substancialmente ao desenvolvimento de doenças psíquicas.

O excesso de intervenções afeta de tal modo, em instâncias física e emocional à vida do paciente em diálise que implicam em sensação de desvalor humano; inspira comoção, dó, compaixão e outros sentimentos negativos autodirigidos contribuintes para baixa adesão, redução da capacidade de enfrentamento, piora do prognóstico da doença e elevação da taxa de morbimortalidade (Hawamdeh *et al.*, 2017).

A depender da carga de sofrimento, do grau de esclarecimento e autoconhecimento, esses sentimentos acrescidos de medo, raiva, culpa e outras manifestações emocionais e psíquicas podem ser autodirigidas, contudo se estendem aos seus pares, cuidadores e profissionais do cuidado (Goh; Griva, 2018).

A despeito do isolamento social, este emana, muitas vezes a partir da instalação de quadro de tristeza, negação e depressão, outras vezes, instaurado como estratégia, a fim de evitar olhares curiosos e expressão de pesar. Não é incomum pacientes em TSFR tentarem esconder seus sentimentos, sua condição de saúde, mascarar as fístulas e/ou o cateter que trazem consigo, sobretudo os mais jovens (Carneiro, 2018).

Intervenções educativas com objetivo de prevenir e diminuir ocorrências intradialíticas através de cuidados adicionais e orientações aos profissionais, ao paciente e cuidador são oferecidas. Em geral estão relacionadas ao ganho de peso, a ingestão segura e consciente de alimentos contendo sódio, potássio e fósforo, do cuidado com o acesso vascular, prevenção de infecção e uso correto do medicamento prescrito, contudo superficialmente (Santos, 2021; Almeida, 2019).

Neste aspecto, cuidados adicionais com vistas a reduzir o impacto da manipulação do acesso, são preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) como medidas de prevenção de infecção primária de corrente sanguínea e a exigência da existência de um programa de

educação permanente voltado a equipe de saúde que realiza o cuidado a essa população (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018).

Entende-se que o aparato da diálise é complexo, multifuncional e apesar de recursos tecnológicos presentes nos monitores das máquinas de HD faz-se necessário uma reunião de esforços para aumentar a segurança do cuidado e melhorar a experiência do paciente (Terra, 2010; Carvalho *et al.*, 2023).

A manutenção do paciente em diálise é feita com a participação da equipe multiprofissional, no entanto a equipe de enfermagem dispõe de mais horas de cuidado desvelado ao paciente no curso das terapias (Carvalho *et al.*, 2023). Sendo possível, a equipe de enfermagem prever, detectar e tratar os efeitos da terapia através do correto e amplo monitoramento das sessões de hemodiálise, com vistas a aumentar a segurança, prevenir danos e aumentar a sobrevida do paciente (Almeida, 2021).

De forma semelhante, Evaristo *et al.* (2020), conjugam a valorização das queixas emanadas pelo paciente com a capacidade da equipe de saúde em atender com presteza e eficiência as necessidades do paciente ao aumento do sentido de segurança e gratidão por estar inserido em um contexto em que percebe que a vida importa.

A realização da DP intradomiciliar prever a necessidade de um ambiente, simples, planejado, com menor suporte mobiliário possível. A depender da condição social em que o paciente esteja inserido se torna difícil o atendimento dessa exigência em um curto intervalo de tempo, especialmente em casos de urgência dialítica, fato que contribui para a manutenção do paciente em HD (Mendes *et al.*, 2017).

Com o paciente em DP, maiores dificuldades surgem com o avançar dos dias para manter o local de troca com as mesmas características adquiridas a partir dos ajustes realizados. Aspectos relacionados à ambiência, tais como manter o ambiente limpo, sem presença de infiltrações e mofo nas paredes e forros, livre de circulação de insetos e animais, dispor de uma sala para a guarda dos insumos, realizar o descarte adequado do lixo são tão importantes quanto a manutenção dos cuidados de higiene corporal e a execução da técnica de modo a manter a luz do cateter preservada de contaminação (Barbosa *et al.*, 2022).

Sendo a DRC mais prevalente na população de baixa renda, a condição de extrema pauperização não é incomum, tornando difícil o acesso e a manutenção dessa população na DP (Jesus, *et al.*, 2019). O SUS subsidia os insumos necessários à terapia, contudo custos adicionais ocorrem para modificação na infraestrutura da residência e para aquisição de produtos essenciais à realização da terapia de DP com segurança. Investimentos em antissépticos e

produtos de limpeza não são assegurados pelas portarias ministeriais que regulamentam a terapia renal, sendo estes custeados pelo paciente (Souza, 2020).

Desse modo, peritonites relacionadas a ambiência e à falha na técnica de troca, aliadas às complicações mecânicas, presença de hérnias e extravasamento de líquido, se constituem nas maiores causas de falência da modalidade, culminando em remoção do acesso e necessidade de permuta de DP para HD (Prado *et al.*, 2014).

Outro desafio, está na localização geográfica. O Brasil é um país extenso, heterogêneo, com bioma e clima peculiar a cada região. Usuários que residem no Norte ou no Nordeste do país, tem acesso dificultoso a terapia, sobretudo em cidades interioranas, em regiões ribeirinhas ou de florestas, distante a horas via fluvial ou terrestre, por estrada de barro ou lama, a depender do período climático, ou ainda residir em regiões com alagamentos sazonais ou secas constantes (Souza, 2020).

Tais particularidades, dificultam a proximidade do enfermeiro por meio da visita domiciliar, a entrega de insumos necessários à terapia de DP, o comparecimento do paciente às consultas e exames periódicos complementares à terapia e preparatórios para o TxR, bem como a procura por atendimento em caso de complicações favorecendo piores desfechos (Barbosa *et al.*, 2022).

Em relação aos desfechos em terapia renal, melhores resultados surgem a partir das intervenções multidisciplinares, nas quais é atribuída, essencialmente a equipe médica, equipe de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais relevância ao auxílio para a escolha e manutenção da modalidade terapêutica que mais se adequa ao quadro clínico e ao estilo de vida do paciente e do seu cuidador (Ferreira; Teixeira; Branco, 2018; BRASIL, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado desse estudo demonstra que o Paciente em HD, do mesmo modo que em DP está sujeito a sofrer injunções da terapia dialítica, no entanto a modalidade de DP está melhor relacionada a maiores índices de qualidade de vida se comparada a HD. Percebeu-se que pacientes muito sintomáticos no curso das sessões de HD podem ter boa adaptação a DP. Contudo, cabe considerar que o fluxo de pacientes no sentido contrário pode ser favorável à desconstrução de ciclos repetitivos de infecções e outras complicações presentes na DP.

As mudanças infringidas na vida da pessoa com DRC, são decorrentes da progressão da doença e da inserção na terapia, trazem à margem diversas alterações que convergem em necessidades biopsicossociais, exigindo a elaboração de um plano de cuidado multidisciplinar

e do uso de estratégias de enfrentamento para ajudar o paciente a fomentar recursos em busca de adaptação a sua condição de saúde e de vida por meio do abandono de hábitos prejudiciais à saúde, pode melhorar a adesão à terapia medicamentosa prescrita e às orientações nutricionais.

Os processos que se instauram na vida dos pacientes, de seus pares e cuidadores, por vezes relacionados à longa permanência em terapia, precisam ser atenuados, uma vez que a maioria dos pacientes com DRC ficam impossibilitados de trabalhar, se constituindo em uma fonte geradora de insegurança financeira e estresse emocional, favorecendo o desenvolvimento de doenças psicossomáticas.

Os resultados, também apontam que as portarias ministeriais que regulamentam os serviços de terapia renal substitutiva, precisam ser executadas como ferramentas para favorecer acesso e a continuidade da terapia, garantir a segurança do cuidado prestado através de uma equipe multiprofissional, além da inserção e manutenção de boas práticas em saúde, dentro de um ambiente estruturado para garantir que as necessidades advindas da DRC na fase dialítica sejam supridas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. L.; SILVA, I. A. S.; ARAÚJO, R. V. Nursing interventions for the prevention and management of interurrences during dialysis. **Research, Society and Development, [S. L.]**, v. 10, n. 15, p. e206101522980, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i15.22980.

ALMEIDA, O. A. E. et al. Envolvimento da pessoa com doença renal crônica em seus cuidados: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 24, n. 5, pp. 1689-1698, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04332019>>.

BARBOSA, M.; MARCONDES, R. A. O. L.; BASTISTA, T. A.; RAVAGNANI, J. F.; RODRIGUES, A. S.; MILAGRES, C. S. Diálise peritoneal: como explicar a baixa adesão? São Paulo: **Rev Recien**. 2022; v. 12, n.37, p. 376-385. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.376-385.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS). Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). **Critérios diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Critérios para organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com doença renal crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2018**. Brasília, 2018.

BRITO, R. F. et al. A Experiência da primeira sessão de hemodiálise: uma investigação fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 23, n. 1, p. 03-09, abr. 2017.

Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100002&lng=pt&nrm=iso

CARNEIRO, B. L. A.; MELO, A. C. T.; LIMA, A. F. C. Custo direto da inserção de cateter venoso central para realização de hemodiálise convencional. **Cogitare enferm.** [S.l.], v. 26:e73651, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73651>.

CARNEIRO, et al. Vivências de adolescentes e jovens diagnosticados com doença renal crônica. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 24-29, jul./set., 2018.

CRUZ, V. F. E. S.; TAGLIAMENTO, G.; WANDERBROOCKE, A. C. A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: uma análise dos significados do trabalho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.1050-1063, 2016. DOI 10.1590/S0104-12902016155525.

DONALD, M. et al. Identificando necessidades de intervenções de autogestão para adultos com drc e seus cuidadores: um estudo qualitativo. **AJKD** v.4, n.74 p. 474-482; 2019. <http://www-elsevier-com.ez45.periodicos.capes.gov.br/inca/publications/store/6/2/3/2/7/6/index.htm>

DUARTE, L.; HARTMANN, S. P. A autonomia do paciente com doença renal crônica: percepções do paciente e da equipe de saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 92-111, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100006&lng=pt&nrm=iso

CARVALHO, H. N. M.; FORMIGOSA, D. E. C.; FERREIRA, M. G. S.; PACHECO, J. O.; GAIA, M. A. A segurança do paciente na terapia dialítica sob o olhar da enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 11, p. e14263, 1 nov. 2023. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e14263.2023>

EVARISTO, L. S.; CUNHA, A. P.; MORAIS, C. G.; SAMSELSKI, B. J. L.; ESPOSITO, E. P.; MIRANDA, M. K. V.; GOUVEA-E-SILVA, L. F. Complicações durante a sessão de hemodiálise. *Avances en Enfermería*, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 316-324, 2020. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>

FERREIRA, S. A. M. N.; TEIXEIRA, M. L. O.; BRANCO, E. M. S. C. Relação dialógica com o cliente sobre transplante renal: cuidado educativo de enfermagem. **Cogit. Enferm. (On-line)**; n. 23, v. 1, p. 1-8, jan - mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52217>

GALVÃO, A. A. F.; SILVA, E.G.; SANTOS, W. L. As dificuldades encontradas pelos pacientes com insuficiência renal crônica ao iniciar o tratamento. **Rev Inic Cient Ext.** 2019; v. 2, n. 4, p. 181-189. <https://bit.ly/2DN6ZKq>.

GOH, Z.S.; GRIVA, K. Ansiedade e depressão em pacientes com doença renal terminal: impacto e desafios de manejo – uma revisão narrativa. **Int J Nephrol Renovasc Dis.** 2018; v. 2018, n.11, p. 93-102. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S126615>

HAWAMDEH, S.; ALMARI, A. M.; ALMUTAIRI, A. S.; DATOR, W. L. Determinantes e prevalência de depressão em pacientes com doença renal crônica e seus cuidadores. **Int J Nephrol Renovasc Dis.** 2017; v. 10, p. 183-189. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S139652>.

JESUS, N. M. et al. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology* [online]. 2019, v. 41, n. 3 [Accessed 28 December 2022], pp. 364-374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) *Kidney International Supplements*. 2013. 3, 112–119.

LOK, C. E.; HUBER, T. S. S.; LEE T. et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019. *Am J Kidney Dis*. 2020; v.75, n. 4, (Suppl 2), p. S1-164. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>

LOPES, M. B. Brazilian Nephrology Census 2019: a guide to assess the quality and scope of renal replacement therapy in Brazil. How are we, and how can we improve? **Brazilian Journal of Nephrology** [online]. 2021, v. 43, n. 2. pp. 154-155. Epub 18 June 2021. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-E006>.

MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2010, v. 23, n. 4, pp. 546-551. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400016>

MELO FILHO, D. A. et al. O riso em tempos trágicos nas charges sobre a ‘epidemia de Caruaru’. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]. 1999, v. 6, n. 1, pp. 157-164. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200008>

MENDES, M. L.; ALVES, C. A.; BUCUVIC, E. M.; DIAS, D. B. D.; PONCE, D. Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. São Paulo: **Braz. J. Nephrol**. 2017; v. 39, n. 4, p. 441-44. DOI: 10.5935/0101-2800.20170077.

MOSLEH, H.; ALENEZI, M. A.; JOHANI, S. et al. Prevalence and Factors of Anxiety and Depression in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Hemodialysis: A Cross-sectional Single-Center Study in Saudi Arabia. **Cureus**, 2020. v.12, n. 1, e6668. Doi:10.7759/cureus.6668

NERBASS, F. B.; LIMA, H. N.; TOMÉ, F. S.; NETO, O. M. V.; SESSO, R.; LUGON, R. L. Censo brasileiro de diálise 2021. **Braz. J. Nephrol.**, v.44, n. 3, p.349-357; nov. 2022 DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0083en>

OLIVEIRA, J. F.; MARINHO, C. L. A.; SILVA, R. S. Da hemodiálise à diálise peritoneal: experiências de pacientes sobre a mudança de tratamento. **Rev baiana enferm**. 2019;33:e33818.

PRADO, J. P.; DIAS, A. C.; OLIVEIRA, H. U. et al. O papel do enfermeiro na prevenção de peritonite: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(7):2130-9, jul., 2014. DOI:10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201439.

SANTOS, J. A.; OLIVEIRA, G. S.; SAAD, N. S. Análise de discurso: fundamentos e procedimentos. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 84-97, 2021. [revistas.fucamp.edu.br > index > cadernos](http://revistas.fucamp.edu.br/index/cadernos)

SANTOS, V. A. S.; ARAÚJO, H. F.; SANTOS, M. L. Intercorrências Clínicas em Hemodiálise Ambulatorial: Intervenções do Enfermeiro; *Rev. Ensaio e Ciência*, 2021; v. 24, n. 5, p 611-318. Acesso em 26 de dez 2022.

DOI: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2020v24n5-esp.p611-618>

SCAVAZINI, C. B. S.; AMÉRICO-PINHEIRO, J. H. P. Qualidade da água da hemodiálise do Hospital Regional de Ilha Solteira, SP. *Multitemas*, [S. l.], v. 25, n. 60, p. 273–293, 2020. DOI:10.20435/multi.v25i60.2951.

SILVA, A. C. R.; LEMOS, S. T. F. Implicações sociais do tratamento hemodialítico na vida de jovens com doença renal crônica. *O Público e o Privado*, v. 16, n. 31, p. 107-128 jan/jun · 2018. Dossiê Humanidades em Saúde: Diversidades e Convergências Disciplinares

SILVA, A. F. S.; MAGALHÃES, D. M.; ROCHA, P. R. S.; SILVA, R. F. Principais complicações apresentadas durante a hemodiálise em pacientes críticos e propostas de intervenções de enfermagem, *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2018; 8: e 2327. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.2327>

SOUZA, L. C. M. Saúde e habitação: enfrentamentos para o tratamento domiciliar na diálise peritoneal. *Conexões*, Belém, v. 8, n. 2, p. 113-137, jul/dez 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/Conexoes/article/download/12794/8883>.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D.; FIGUEIREDO, E. T.; MORAIS, A. M.; COSTA, M. D.; COSTA, R. D. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. *Rev Bras Clin Med* 2010; v. 8, n.3, p.187-92.

VACHHARAJANI, T. J.; NAKHOUL, G.; TALIERCIO, J. J. Patência a longo prazo da FAV – é possível melhorar? *Braz. J. Nephrol.* v. 41, n. 3, p. 307-309, jun. 2019. <http://10.1590/2175-8239-JBN-2019-0063>.