

DIÁLISE PERITONEAL: COMO EXPLICAR A BAIXA ADESÃO?

Resumo: A Diálise Peritoneal (DP) como um método dialítico seguro, de baixo custo e menos agressivo quando comparada à hemodiálise, pode ser realizada no domicílio do portador de Doença Renal Crônica (DRC). Atualmente verifica-se que a DP é pouco ofertada como terapia e a influência pela escolha de tal método é diverso. Este estudo objetivou analisar a baixa adesão à DP e seus fatores contribuintes. Trata-se de uma revisão da literatura dissertativa com publicações entre 2010 a 2021 nas bases de dados eletrônicas indexadas utilizando descritores para selecionar artigos relevantes ao tema, junto às legislações, resoluções e normas técnicas para fidelização do estudo. A revisão foi dividida em duas abordagens “a baixa adesão da DP no mundo” e “a baixa adesão da DP no Brasil”. Conclui-se que os pacientes renais crônicos devem e podem participar ativamente no processo de escolha do método dialítico, além de serem responsáveis pela adesão ao tratamento.

Descritores: Doença Renal Crônica, Terapia de Substituição Renal, Diálise Peritoneal.

Peritoneal dialysis: how to explain the low adherence?

Abstract: Peritoneal Dialysis (PD) as a safe, low-cost and less aggressive dialysis method when compared to hemodialysis, can be performed at the home of patients with Chronic Kidney Disease (CKD). Currently, it appears that PD is rarely offered as a therapy and the influence of the choice of such method is diverse. This study aimed to analyze the low adherence to PD and its contributing factors. This is a review of the dissertation literature with publications between 2010 and 2021 in indexed electronic databases using descriptors to select articles relevant to the topic, along with legislation, resolutions and technical standards for study loyalty. The review was divided into two approaches “the low adherence of PD in the world” and “the low adherence of PD in Brazil”. It is concluded that chronic kidney patients should and can actively participate in the process of choosing the dialysis method, in addition to being responsible for treatment adherence.

Descriptors: Chronic Kidney Disease, Kidney Replacement Therapy, Peritoneal Dialysis.

Diálisis peritoneal: ¿cómo explicar la baja adherencia

Resumen: La Diálisis Peritoneal (DP) como método de diálisis seguro, de bajo costo y menos agresivo en comparación con la hemodiálisis, puede realizarse en el domicilio de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Actualmente, parece que la DP rara vez se ofrece como terapia y la influencia de la elección de dicho método es diversa. Este estudio tuvo como objetivo analizar la baja adherencia a la DP y sus factores contribuyentes. Esta es una revisión de la literatura de tesis con publicaciones entre 2010 y 2021 en bases de datos electrónicas indexadas utilizando descriptores para seleccionar artículos relevantes al tema, junto con legislación, resoluciones y normas técnicas para fidelizar el estudio. La revisión se dividió en dos enfoques “la baja adherencia de DP en el mundo” y “la baja adherencia de DP en Brasil”. Se concluye que los pacientes renales crónicos deben y pueden participar activamente en el proceso de elección del método de diálisis, además de ser responsables de la adherencia al tratamiento.

Descriptores: Enfermedad Renal Crónica, Terapia de Reemplazo Renal, Diálisis Peritoneal.

Michelly Barbosa

Enfermeira Especialista em Nefrologia -
 Fundação Herminio Ometto. Araras/ SP,
 Brasil.

E-mail: michellysarmenobarbosa@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5435-3253>

Roneide Aparecida de Oliveira Lara Marcondes

Enfermeira. Especialista em Nefrologia -
 Fundação Herminio Ometto. Araras/ SP,
 Brasil. Especialista em Nefrologia - Fundação
 Herminio Ometto. Araras/SP, Brasil.

E-mail: roneidelara@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6135-4887>

Thalita dos Anjos Batista

Enfermeira Especialista em Nefrologia
 Enfermeira - Fundação Herminio Ometto.
 Araras/ SP, Brasil.

E-mail: talita.anjos1@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2279-0106>

Juliana Furlan Ravagnani

Enfermeira Especialista em Nefrologia -
 Hospital das Clínicas da Universidade Estadual
 de Campinas, Brasil.

E-mail: jravagnani@hc.unicamp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2058-1258>

Aline Scharr Rodrigues

Enfermeira. Doutoranda em Clínica Médica
 pela Faculdade de Medicina de Ribeirão
 Preto, da Universidade de São Paulo - USP.
 Universidade de São Paulo, Brasil.

E-mail: alinescharr@usp.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8336-6037>

Clarice Santana Milagres

Enfermeira. Professora Doutora do curso de
 Enfermagem da Fundação Herminio Ometto -
 FHO. Centro Universitário da Fundação
 Herminio Ometto e Faculdade São Leopoldo
 Mandic, Araras/SP, Brasil.

E-mail: danielle.galdino@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9164-4340>

Submissão: 16/07/2021

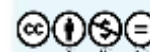
Aprovação: 14/01/2022

Publicação: 13/03/2022

Como citar este artigo:

Barbosa M, Marcondes RAOL, Bastista TA, Ravagnani JF, Rodrigues AS, Milagres CS. Diálise peritoneal: como explicar a baixa adesão? São Paulo: Rev Recien. 2022; 12(37):376-385.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.376-385>



Introdução

O Inquérito Brasileiro de Diálise de 2019, realizado em parceria junto aos centros de diálise demonstrou que somente 6,8% dos portadores da Doença Renal Crônica (DRC) em estágio V que necessitavam de Terapia Renal Substitutiva (TRS) realizavam diálise peritoneal (DP), enquanto 93,2% encontravam-se na modalidade hemodiálise. A taxa de mortalidade bruta verificada foi de 18,2% ao ano, representando um aumento de 3% ao ano nos três últimos anos. O diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial (HAS), a glomerulonefrite e os rins policísticos são as principais doenças de base responsáveis pelo aumento no número de pacientes que iniciaram TRS no ano de 2019. Ressalta-se que do total de pacientes dialíticos, apenas 23,6% aguardavam na fila para transplante renal no referido ano^{1,2}.

A DP é uma das opções de TRS utilizadas mundialmente e que tem apresentado crescente interesse, especialmente devido à sua segurança, baixo custo e simplicidade quando comparada à hemodiálise (HD), além da possibilidade de ser realizada no próprio domicílio. Trata-se de um processo menos agressivo ao paciente que permite que o mesmo tenha o controle e conhecimento do seu tratamento, durante todo tempo da terapia substitutiva, além de proporcionar melhor qualidade de vida^{3,4}.

Segundo a Sociedade de Diálise Peritoneal, no ano de 2008 foi realizado um levantamento sobre os custos dos tratamentos dialíticos em nível mundial na década passada (2001-2010), dos quais ultrapassaria 1,1 trilhões de dólares⁵. No entanto, a oferta da DP mundial ainda ocupa uma posição inferior diante da HD, podendo estar associada, no caso brasileiro, ao

subfinanciamento das instituições de nefrologia e clínicas de TRS, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) repassa maior valor à modalidade de HD em detrimento à DP⁶. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde (MS), é o principal órgão responsável pelo financiamento do tratamento dos pacientes portadores de DRC em TRS por meio do SUS, que realizam o monitoramento da doença e acompanhamos do seu tratamento através da APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade) via Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS⁷.

Atualmente verifica-se que a modalidade DP é pouco ofertada, em especial devido ao reduzido oferecimento pelos nefrologistas responsáveis que exercem importante influência na tomada de decisão junto aos pacientes portadores de DRC que requerem diálise. Aspectos sociais e financeiros também se fazem importantes nas mais diversas formas de tomada de decisão e informações a serem repassadas aos pacientes que possam realizar a DP, como instruções corretas e eficazes sobre manipulação com o cateter em casa e o risco de peritonite^{3,4,8}.

Os seguimentos do tratamento dialítico em nível domiciliar em conformidade com as prescrições médicas e de cuidados da equipe multiprofissional devem assegurar os cuidados na manipulação do cateter de Tenckhoff, manutenção dos hábitos de higiene e; atenção aos fatores sociais, culturais e pessoais negligenciados. A atenção a estes e outros diversos cuidados é parte fundamental na prevenção de quadros infecciosos, que nesta modalidade de TRS são denominadas peritonite e pode comprometer o tratamento dialítico peritoneal, levando o paciente a

migrar para as demais modalidades de tratamento, como HD ou transplante renal, quando possível^{9,10,11}.

Objetivo

O presente estudo teve como objetivo analisar os motivos da baixa adesão à diálise peritoneal nos serviços de diálise nacionais e internacionais bem como os fatores contribuintes em para esse panorama de baixa adesão.

Material e Método

Para o presente estudo foi realizada revisão simples de literatura com artigos publicados entre o período de 2010 a 2021. A opção por pesquisas dos últimos 10 anos deve-se à busca por novas informações relevantes sobre o tema em questão e sua análise atual. Utilizou-se a bases de dados eletrônicos indexadas *PubMed*, *Scielo* e *Science Direct* devido a facilidade de utilização dos filtros de seleção. Quanto as seleções dos descritores foram utilizadas o processo de revisão mediante consulta ao *Mesh* e *DeCS*, conforme a base selecionada. A utilização pré-determinada dos descritores em português, inglês e espanhol, abrangeram artigos que utilizaram “Doença Renal Crônica”, “Terapia Renal Substitutiva”, “Diálise Peritoneal” em combinação com a técnica booleana com utilização dos operadores AND e OR, que possibilitaram um recrutamento mais assertivo. Também foram verificadas as referências dos artigos relevantes afim de identificar estudos potencialmente elegíveis, assim como foram utilizadas Legislações, Resoluções e Normas Técnicas para maior fidelização da revisão proposta.

Foram analisados e utilizados materiais que trazem dados nacionais sobre os censos brasileiros de diálise com informações acerca da DP e pesquisas que evidenciam a escolha do tratamento dialítico pelo

paciente, foram utilizados também materiais internacionais que abordaram sobre os benefícios da DP quando comparada com outras modalidades de TRS além dos aspectos de caráter social, profissional e econômico.

Resultados e Discussão

Esta revisão de literatura apresentou uma abordagem qualitativa, com abordagem sobre a diálise peritoneal realizada mundialmente e no país. Os estudos encontrados e analisados em sua grande maioria foram quanti-qualitativos e revisões integrativas de literatura, que apresentaram resultados originais e compilados de informações, respectivamente. Para melhor entendimento, a revisão foi dividida em duas abordagens “a baixa adesão da DP no mundo” e “a baixa adesão da DP no Brasil”

A baixa adesão da Diálise Peritoneal no mundo

A DRC pertence a um grupo de doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas, além de ser reconhecida como um problema de saúde pública mundial. Está associada à elevados custos de tratamento, aumento no financiamento destinado aos serviços de saúde, queda da qualidade de vida dos usuários que necessitam de TRS uma vez que, progressivamente poderão apresentar elevados níveis de potássio, fósforo, paratormônio, levando à desnutrição, inapetência, deficiência mineral óssea, fraqueza, acidose, anemia, entre outros^{3,12}.

No país, verifica-se a necessidade de Políticas Públicas de Saúde mais eficazes que sejam capazes de descobrir precocemente o início da DRC, que apresenta diferentes fases, que assintomática no início progride para a perda da função renal em seu estágio mais avançado levando o portador à Terapia

Renal Substitutiva. Ações programáticas na Atenção Primária à Saúde (APS) no reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde (acesso aos serviços de saúde e alimentação rica em sódio e gorduras) e fatores de risco modificáveis, como redução do peso, realização de atividade física e controle da pressão arterial para o devido encaminhamento precoce ao nefrologista, podem trazer benefícios direto aos pacientes, contribuindo para a sobrevivência dos mesmos, assim como redução das complicações que a progressão da doença possa ocasionar. Segundo Bravo et al (2019), indivíduos com DRC têm risco de mortalidade cardiovascular de 8 a 10 vezes maior do que a população geral. Os pesquisadores demonstraram que encaminhamento precoce ao nefrologista em comparação ao tardio, mostra um melhor desfecho no tratamento e melhor custo benefício¹³.

Quanto à DP esta modalidade revela-se como uma excelente opção de TRS, não somente na fase crônica da DRC, mas também nas condições agudas, e essa prática deve ser estimulada para o aumento significativo e aderência a DP¹⁴. Contudo, ainda é subutilizada, sofrendo influências diversas, como aqueles associados à percepção do portador de DRC quanto à modalidade; situações estruturais do país e clínicas de diálise; e até mesmo instruções errôneas repassadas pela equipe de saúde responsáveis pelos cuidados a este indivíduo que necessita ou necessitará de tratamento dialítico. Existe a necessidade de um maior investimento em educação formativa para as equipes de saúde podendo potencializar a promoção e orientação correta sobre a DP, assim como suas reais indicações e benefícios, além do aumento nos repasses financeiros e nas Portarias que normatizam

as regulações de verbas para a realização das sessões de diálise também se faz necessário para o crescente atendimento multiprofissional à modalidade de DP^{15,16}.

Existem motivos diferenciados para a baixa indicação da DP, como questões de cunho social e econômico, que enfatizam a importância da explicação das modalidades desta terapia e seus benefícios, possibilitam, portanto, uma escolha imparcial¹⁷. A importância de atividades educacionais por parte de comunidades científicas à fim de que a escolha do tratamento seja livre e consciente¹⁸.

A adesão pela DP por portadores de DRC e nefrologistas, envolve vários fatores, apresentando diferenças particulares nos sistemas de saúde de cada país. Em Hong Kong, por exemplo, a DP atinge cerca de 71% daqueles que necessitam de terapia dialítica. Nova Zelândia e Canadá, apesar de investirem maciça e continuamente em educação em saúde, apenas 30% dos pacientes dialíticos realizam a DP. No México, 61% dos pacientes utilizam DP, em especial devido à indisponibilidade de outras formas de diálise que atendem o plano de saúde. Os Estados Unidos, mesmo apresentando um aumento nas taxas de pacientes em DP, este crescimento ainda é discreto atingindo patamares de apenas 10,1% em 2017¹⁷.

As reduzidas prevalências para utilização da DP nos diferentes países podem apresentar motivos variados, como idade mais avançada associada a morbidade daqueles que requerem a terapia dialítica, insuficiente número de clínicas de serviços de nefrologia que oferecem todas as modalidades de TRS, falta de conhecimento e esclarecimentos da população acometida pela DRC, desconhecimento das modalidades de tratamentos dialíticos disponíveis,

acesso restrito aos médicos especialistas ainda na fase pré-dialítica, diagnóstico tardio da doença renal e seu estadiamento implicando em diálise de urgência via hemodiálise, desafios dos centros de diálise em administrar suas receitas devido ao subfinanciamento do sistema de saúde. Por fim e não menos importante, o reduzido número de cirurgiões e nefrologistas que apresentam expertise em implantar cateter de diálise peritoneal (cateter de teckhoff) e enfermeiros nefrologistas sem habilitação adequada para realizar treinamentos das trocas das bolsas de diálise peritoneal manual e/ou automatizada¹⁷.

O estudo multicêntrico de coorte realizado no Canadá selecionou pacientes elegíveis para as modalidades de tratamento dialítico, dos quais poderiam escolher entre DP ou HD como modalidade de TRS. Para a escolha da terapia dialítica, todos os pacientes foram esclarecidos acerca dos riscos e benefícios das modalidades propostas, nos quais foram estimulados, inclusive, à implantação de cateter de tenckoff para a diálise peritoneal e a confecção de fístula arteriovenosa para àqueles que optassem pela hemodiálise. Foram constatados que 61% dos pacientes optaram pela DP, assim como apresentaram menor número de intervenções invasivas relacionadas ao cateter, riscos de falhas primárias (média de intervenções invasivas relacionada ao acesso de cada paciente) e intercorrências de acesso para a diálise. A DP apresentou menor exigência de recursos cirúrgicos e radiológicos, além de possibilitar uma melhor qualidade de vida¹⁹.

Outro estudo canadense buscou avaliar a prática dos nefrologistas sobre as taxas de tentativas ou inclusão dos pacientes na diálise peritoneal. Para o

estudo foram totalizados 630 pacientes, que apresentavam uma média de 30 meses de tratamento em DP e estavam sendo assistidos por nefrologistas do Programa Renal de Manitoba. Os nefrologistas foram divididos em dois grupos, sendo: 1) alta tentativa de inclusão na DP/grupo tratamento e; 2) baixa tentativa/grupo controle. Os resultados obtidos demonstraram que os médicos nefrologistas apresentam intenções de tentarem pelo menos uma sessão de diálise peritoneal nos pacientes, já que a diferença entre os grupos foi pequena. Ademais este estudo também evidenciou que a DP é uma excelente opção de tratamento inicial de TRS, sendo menos onerosa e com vantagens em relação a HD, como a otimização da qualidade de vida do paciente, uma vez que há manutenção da urina residual, além de ser uma alternativa de tratamento para pacientes portadores de DRC associada à cardiopatias crônicas severas. Apresenta poucas contraindicações absolutas como problemas abdominais graves, deficiências visual e cognitiva acentuadas. Quanto às taxas de mortalidade dos pacientes em DP, foram verificadas que são aproximadamente 29% menores que em HD. Logo, uma ampliação da técnica além proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente, possibilita um menor número de intervenções, menores gastos em saúde²⁰.

Estudo comparou as modalidades de terapias dialíticas e acessos, discutindo custos e intervenções necessárias aos pacientes que realizavam HD e possuíam fístula arteriovenosa (FAV) e catéter tunelizado e naqueles que realizavam DP através do cateter de tenckhoff. Foram analisados 152 pacientes dos quais foram verificados os riscos relativos ao número de intervenções de acesso dialítico e

comparados os custos totais para estabelecimento e manutenção de tais modalidades no primeiro ano de tratamento. Diante dos resultados obtidos, os pesquisadores concluíram que a DP possui um risco notadamente menor se comparado à HD e é economicamente mais viável, perfazendo um total de gastos para diálise peritoneal: 1.171,6 euros/ano, hemodiálise/FAV (fístula arteriovenosa): 1.555,2 euros/ano e hemodiálise/catéter tunelizado: 4.208,2 euros/ano⁵.

A baixa adesão da Diálise Peritoneal no Brasil

Segundo o Censo de Diálise de 2020, clínicas de nefrologia aumentaram em 5,4% seus atendimentos aos pacientes em programas de diálise crônica, seguidas, inclusive, por um aumento de 2% no número de clínicas privadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) continua sendo a principal fonte pagadora, onde é observado uma incidência de 7,7% de novos pacientes que iniciaram tratamento dialítico. No Brasil, cerca de 93,2% dos portadores de DRC realizam HD, enquanto 6,8% realizam DP, um declínio de 1% em relação à 2019. Contudo, o reduzido número e entrada de pacientes na DP não está relacionada à baixa oferta dos centros de nefrologia (55% oferecem tal modalidade de tratamento), mas à desigualdade quanto às formas de acesso ao tratamento dialítico no país em suas diferentes regiões¹.

Apesar da reduzida prevalência de pacientes em DP no Brasil, diversos motivos têm contribuído para seu sucesso como opção de tratamento na DRC e assim, despertado um interesse gradativo pelos nefrologistas. A diálise peritoneal não exige grandes investimentos, nem equipamentos e equipes altamente especializadas, além de não necessitar de

circulação extracorpórea e, conseqüentemente, anticoagulação, reduzindo significativamente o risco de sangramentos. Ademais, por se tratar de uma terapia contínua, há uma excelente adequação cardiovascular, traduzida em estabilidade hemodinâmica, dificultando a isquemia renal e desequilíbrio hidroeletrólítico. Contudo, há desvantagens, como o risco aumentado de peritonite. Este dado, no entanto, é rotineiramente confrontado em estudos que asseguram que a implantação do cateter de tenckhoff pela técnica de Seldinger tem se mostrado tão eficiente quanto à técnica cirúrgica, não relacionada às complicações infecciosas ou mecânicas²¹.

Dados do estudo multicêntrico brasileiro de diálise peritoneal (BRAZ-PD), comparou a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise peritoneal automatizada (DPA) buscando os desfechos clínicos dos pacientes submetidos a terapias de substituição renal nestas categorias. Após pareamento dos 2890 pacientes na DP e cada subgrupo com 1445 pacientes, verificou-se uma maior sobrevida da técnica de DPA quando comparada a DPAC, além de maior atribuição à sobrevida dos pacientes em DPA por apresentarem menores riscos de peritonite, taxas de hospitalização e incidência de herniações, além de maiores possibilidades de ajustes na prescrição dialítica e independência durante o dia e melhor qualidade de vida para o paciente²².

Oportunamente os custos diretos de inserção de cateter de longa permanência para TRS puderam serem verificados, buscaram identificar o custo direto médio da inserção de Cateter Venoso Central (CVC) de longa permanência em pacientes submetidos à HD em um hospital público de ensino e pesquisa do Estado

de São Paulo. Foram identificadas um déficit de US\$ de 9,60 dólares por cateter implantado, revelando que o país necessita (com urgência) de uma contratualização com o SUS para que haja perspectivas de reajustes financeiros, assim como uma política de controle de materiais e insumos efetiva, uma vez que os recursos em hospitais públicos de ensino são escassos e a parcela da população que necessita desse tipo de cateter é expressiva e necessita de diálise de urgência. Contudo, os pesquisadores não puderam elencar os custos relacionados à implantação do cateter de tenckhoff²³. Ressalta-se que a implantação das vias de acessos do tratamento dialítico é prevalentemente o CVC, uma vez que é elevada a prevalência de pacientes que chegam aos serviços de diálise em situação de urgência, necessitando de implantação do acesso venoso rápido, caracterizado pela inserção do cateter de duplo lúmen²⁴.

De modo semelhante à hemodiálise de urgência e necessidade de implante de cateter venoso central, o uso da diálise peritoneal em situações agudas ou não planejadas requer conhecimentos e cuidados específicos, como trocas frequentes, ou seja, cerca de 30 a 60 minutos o que não permite uma concentração de glicose superior a 1,5% (a ultrafiltração ocorre tanto pelo tempo de permanência do dialisato na cavidade abdominal quanto das características individuais de cada membrana), adição de potássio ao dialisato com objetivo de prevenir depleção importantes durante às sessões, escolha do bicarbonato como solução tampão e assim diminuir o acúmulo de lactato e acidose metabólica. Nos pacientes hipercatabólicos, a diminuição no volume de diálise e o aumento do número de trocas também

tem se mostrado efetivo, o que torna maior a complacência pulmonar naqueles em uso de ventiladores mecânicos, com utilização de dietas enteral ou parenteral com suplementação protéica, e evitando assim grandes perdas de peso. Logo, a DP tem se mostrado efetiva junto às adequações necessárias para o sucesso do tratamento²¹.

Em estudo multicêntrico, constatou-se que a DP também pode se enquadrar numa alternativa de tratamento não planejado frente à uma emergência dialítica, reiterando que, apesar das doenças renais continuarem aumentando acentuadamente no Brasil e no mundo, não se percebe medidas de controle efetivas para conter o aumento da doença, e, evitar o desfecho catastrófico inerente das terapias renais de emergência, que é o óbito²⁴.

Nesse sentido, desconhecem-se os reais motivos que fizeram de uma terapia historicamente utilizada e de forma abrangente, limitar-se ao reduzido panorama atual. Estudos sugerem que os muitos pacientes associam a terapia hemodialítica hemodiálise ao maior desenvolvimento tecnológico, enquanto outros apresentam uma inquietação permanente devido aos riscos da instalação de quadros infecciosos, tanto pelo manuseio do cateter quanto pelo menor ressarcimento do procedimento pelas fontes pagadoras por parte dos proprietários das clínicas. Apesar da reduzida prevalência desta modalidade, o fato é que os benefícios são notórios, como a preservação da urina residual e menor mortalidade geral¹⁴.

A dificuldade de aderência à diálise peritoneal no Brasil, atribui, além do fator econômico (a margem de lucro com a diálise peritoneal é bem menor quando comparada à hemodiálise), as dificuldades por parte

do SUS em criar um código que reconheça e reembolse os gastos com a peritonite (que é a principal complicação da diálise peritoneal), além da falta de treinamento dos nefrologistas brasileiros na condução da terapia e da inexperiência de alguns cirurgiões na implantação de cateteres²⁵. No mesmo ano da publicação deste trabalho, foi proposta a criação de um Grupo de Trabalho de Nefrologia junto ao Ministério da Saúde com o intuito de adequar medidas que facilitem o acesso dos pacientes com DRC aos respectivos tratamentos disponíveis, como a DP e a HD, além de solicitações como a revisão imediata dos valores pagos pela hemodiálise, segundo adequação do artigo 60 da RDC 11/2014 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2014)²⁶.

Este trabalho apresentou algumas limitações, apesar da apresentação de proposta de revisão literária. Apesar de buscas recorrentes às literaturas nacional e internacional, não foram encontrados trabalhos que viabilizassem a apresentação de dados econômicos diretos, como custeio do procedimento, pagamento dos recursos humanos envolvidos, além dos custos envolvidos com as intercorrências em DP. A lacuna de produções dessa natureza indica a necessidade da realização de pesquisas similares afim de reafirmar a notoriedade da DP e sua implantação mais homogênea.

Considerações Finais

O diagnóstico da DRC, traz diversas alterações e limitações na vida dessas pessoas, ocasionando crise e estresse na vida do paciente e familiares, gerando incertezas e dúvidas, frustrações e adiamento de sonhos projetados. Evidenciando a insegurança acerca da aderência ao tratamento peritoneal, sendo levados a acreditar que as demais modalidades (transplante e

hemodiálise) ofereçam suporte mais adequado a suas necessidades inibindo sua realização autônoma do paciente e/ou a de seu cuidador.

Em contraste, os estudos analisados comprovam que os principais motivos para a redução da prevalência da DP em diversos países, são: idade avançada, insuficiência de todas as modalidades de TRS nas clínicas, ausência de conhecimento da população renal, insuficiência de profissionais nefrologistas capacitados em implante de cateteres excessivos para DP, diagnóstico renal tardio, maior risco de peritonite e o repasse da terapia para o plano de saúde. Os benefícios apresentados, são: ausência de equipamentos especializados, redução de risco de sangramentos, realização do tratamento indolor em domicílio, estabilidade hemodinâmica, possibilidade da realização de viagem com seu material e a continuidade das jornadas de trabalho, restrições dietéticas e hídricas diminuídas.

Conclui-se que os pacientes renais crônicos têm o direito de opinarem e participar por completo no processo de escolha pela adesão ao tratamento, apresentando passividade neste processo e entendimento de que não é exatamente uma decisão médica. A equipe de saúde pode auxiliar em compreender a aderência ao tratamento, que percebe como indispensável. Apesar da evidência da importância do acolhimento dispensado pela equipe e tratamento de forma humanizada, entende-se que uma compreensão da subjetividade destes pacientes, de suas queixas e das razões pelas quais os pacientes não queiram aderir ao tratamento, possibilitaria que a negação referida por estes pacientes pudesse ser compreendida pela equipe não apenas como um mecanismo de defesa, mas sim, como manifestação

do real desejo do paciente frente a sua saúde e sua vida.

Referências

1. Neves PDMM, Sesso RCC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Brazilian dialysis survey 2019. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2021; 43(2).
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Relatório do censo brasileiro de diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2020; 42(2):191-200.
3. Fernandes D, Zanelli TLP, Rodrigues AS, Rodrigues MP, Lodi JC, Reis G et al. Qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva: uma análise da doença renal crônica e perfil populacional de risco. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020; 12(12):e4759.
4. Silva CN, Barbosa ES, Silva EM, Aoyama EA, Lima RN et al. Atuação do enfermeiro no tratamento de diálise peritoneal ao portador de insuficiência renal crônica. *Rev Bras Interdisciplinar Saúde*. 2019.
5. Coentrão LA, Araujo CS, Ribeiro CA, Dias CC, Pestana MJ. Cost analysis of hemodialysis and peritoneal dialysis access in incident dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*. 2013; 33(6):662-670.
6. Moura AR. Diálise peritoneal: experiência de dez anos de um centro de referência no nordeste do Brasil. 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE. 2017.
7. Rocha LM. Diálise peritoneal no Brasil: o perfil dos pacientes no Sistema Único de Saúde, 2008-2012. 2014. 49 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
8. Camargo AO, Rebelo TEC, Ravagnani JF, Rodrigues AS, Milagres CS. Percepção e conhecimento do enfermeiro frente ao tratamento conservador da doença renal. *Research, Society and Development*. 2021; 10(2):e5310212237.
9. Ravagnani JF, Camargo CG, Rodrigues AS, Sá IJAS, Santos NA, Milagres CS. Práticas de cuidados multiprofissionais em pacientes dialíticos no ambiente intra-hospitalar. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7(3):35494-35516.
10. Ribeiro KRA. Cuidados de enfermagem aos pacientes com insuficiência renal crônica no ambiente hospitalar. *Rev Recien*. 2016; 6(18):26-35.
11. Lima VGK. As emoções do familiar percebidas por enfermeiros no pré-atendimento da diálise peritoneal: estudo sociopoético. 2016.
12. Heringer TA et al. Fontes e qualidade de informações de saúde em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. XXIV Seminário interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão. *Ciência e Tecnologia para a Transformação Social*. 2019.
13. Bravo-Zúñiga J, Gálvez-Inga J, Carrilo-Onofre P, Chávez-Gómez R, Castro-Monteverde P. Detecção precoce de doença renal crônica: trabalho coordenado entre atenção primária e especializada em uma rede peruana de atenção renal ambulatorial. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2019; 41(2):176-184.
14. Mendes ML, Alves CA, Bucuvis EM, Dias DB, Ponce D. Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2017; 39(4):441-446.
15. Nobre DC, Soares ER, Zillmer JGV, Schwartz E, Dias AJ, Silva GJS. Qualidade de vida de pessoas em diálise peritoneal. *Rev Enferm UFPE online*. 2017; 11(10):4111-4117.
16. Soeiro LCL, Taveira LM. Educação em saúde, diálise peritoneal. *Rev JRG Estudos Acadêmicos*. 2020; 3(7):393-403.
17. Hansson JH, Finkelstein FO. Peritoneal Dialysis in the United States: Lessons for the Future. *Kidney Medicine*. 2020; 2(5):529.
18. Lameire N, Van Biesen W. Epidemiology of peritoneal dialysis: a story of believers and nonbelievers. *Nature Reviews Nephrology*. 2010; 6(2):75.
19. Oliver MJ, Verreli M, Zacharias JM, Blake PG, Garg AX, Johnson JF et al. Choosing peritoneal dialysis reduces the risk of invasive access interventions. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012; 27(2):810-816.
20. Hingwala J, Diamond J, Tangri N, Bueti J, Rigatto C, Sood MM et al. Underutilization of peritoneal dialysis: the role of the nephrologist's referral pattern. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2013; 28(3):732-740.
21. Ponce D, Balbi A, Cullis B. Acute PD: Evidence, guidelines, and controversies☆. In: *Seminars in nephrology*. WB Saunders. 2017; 103-112.

22. Beduschi GC. Diálise peritoneal ambulatorial contínua versus diálise peritoneal automatizada: análise dos dados do estudo multicêntrico brasileiro de diálise peritoneal (Braz-PD). 2017; 17.
23. Carneiro BLAC, Melo BL, Tavares AC, Lima AFC. Custo direto da inserção de cateter venoso central para realização de hemodiálise convencional. *Cogitare Enferm.* 2021; 26.
24. Gomes Y, Carneiro RR, Boução DMN, Moreira LCS, Sena EMM, Oliveira LL. Desfecho clínico de pacientes em urgência dialítica: uma revisão integrativa da literatura/Clinical outcome of patients in dialysis urgency: an integrative literature review. *Ciência Cuidado Saúde.* 2020; 19.
25. Abensur H. Como explicar a baixa penetração da diálise peritoneal no Brasil. *Brazilian Journal of Nephrology.* 2014; 36(3):269-270.
26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Ministério da Saúde: ANVISA. <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867923/\(1\)RDC_11_2014_COMP.pdf/5e552d92-f573-4c54-8cab-b06efa87036e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867923/(1)RDC_11_2014_COMP.pdf/5e552d92-f573-4c54-8cab-b06efa87036e)>. Acesso em 22 set 2020.