

Adversidades identificadas pelos enfermeiros no esgotamento de acessos para terapias dialíticas¹

Adversities identified by nurses in the depletion of access for dialysis therapies¹

Adversidades identificadas por las enfermeras en el agotamiento del acceso a las terapias de diálisis¹

Recebido: 02/02/2022 | Revisado: 11/02/2022 | Aceito: 16/02/2022 | Publicado: 22/02/2022

Daniela de Oliveira Matias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4177-6799>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: danielamatiasenf@hotmail.com

Rafael Abrantes de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3843-7297>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: rafael.abrantes83@gmail.com

Patrícia Aparecida Tavares Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2224-1932>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: patricia.patm@yahoo.com.br

Bianca Cristina Marques Gindre Laubert

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0264-5342>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: biancagindre@yahoo.com.br

Tamires Zêba Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5832-7696>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: mireszg@gmail.com

Leticia Lima Borges

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2366-8092>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: lima.leticia.borges@gmail.com

Beatriz Gerbassi Costa Aguiar

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6815-4354>
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
E-mail: beatriz.costa@unirio.br

Resumo

Objetivo que norteou a pesquisa foi conhecer as dificuldades identificadas pelos enfermeiros no esgotamento de acessos para terapias dialíticas. Método: trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do qual participaram 12 enfermeiros assistenciais sob escala de plantões diurno, noturno e diaristas e aprovado na Plataforma Brasil sob o nº de parecer 4.406.281. A coleta de dados foi orientada pela técnica da entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada a partir de categoria emergente proveniente do conteúdo revelado, utilizando a técnica da análise de conteúdo de Bardin. Resultados: dados da pesquisa revelaram que os enfermeiros nefrologistas identificam as dificuldades no esgotamento de acessos para terapias dialíticas bem como estresses aos pacientes renais crônicos. Conclusão: considerando a realização do estudo focalizando os enfermeiros que trabalham no setor de nefrologia julga-se importante o desenvolvimento de novos estudos para a divulgação de conhecimentos para as boas práticas do cuidado aos acessos para terapias renais substitutivas.

Palavras-chave: Enfermeiro; Cuidado de enfermagem; Falência de acessos; Doença renal crônica.

Abstract

The objective that guided the research was to know the difficulties identified by nurses in the exhaustion of access to dialysis therapies. Method: this is a descriptive study, with a qualitative approach, in which 12 care nurses participated in day, night and day shifts and approved by Plataforma Brasil under the opinion number 4,406,281. Data collection was guided by the semi-structured interview technique. Data analysis was performed based on an emerging category

¹ - Este artigo trata-se de um recorte de dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

from the revealed content, using Bardin's content analysis technique. Results: research data revealed that nephrologist nurses identify difficulties in the exhaustion of access to dialysis therapies as well as stress to chronic kidney patients. Conclusion: considering that the study was carried out focusing on nurses working in the nephrology sector, it is considered important to develop new studies for the dissemination of knowledge for good practices in care for access to renal replacement therapies.

Keywords: Nursing; Nursing care; Acces failure; Chronic kidney disease.

Resumen

El objetivo que orientó la investigación fue conocer las dificultades identificadas por los enfermeros en el agotamiento del acceso a las terapias de diálisis. Método: se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo, en el que participaron 12 enfermeros asistenciales en los turnos diurno, nocturno y diurno y aprobado por Plataforma Brasil con el dictamen número 4.406.281. La recolección de datos fue guiada por la técnica de la entrevista semiestructurada. El análisis de datos se realizó a partir de una categoría emergente del contenido revelado, utilizando la técnica de análisis de contenido de Bardin. Resultados: los datos de la investigación revelaron que los enfermeros nefrólogos identifican dificultades en el agotamiento del acceso a las terapias de diálisis, así como estrés a los pacientes renales crónicos. Conclusión: teniendo en cuenta que el estudio fue realizado con foco en los enfermeros que actúan en el sector de nefrología, se considera importante desarrollar nuevos estudios para la difusión del conocimiento para las buenas prácticas en el cuidado para el acceso a las terapias de reemplazo renal.

Palabras clave: Enfermera; Cuidado de enfermera; Falla de acceso; Enfermedad renal crónica.

1. Introdução

A doença renal afeta 850 milhões de pessoas no mundo e é uma das principais contribuintes para a carga global de doenças não transmissíveis. Projeta-se que em 2030 teremos 5,4 milhões de pacientes em terapia dialítica e 14 milhões com necessidade dialítica, porém sem acesso às terapias disponíveis e até 2040 seja a quinta causa de anos de vida perdidos (Schreider et al., 2019).

Segundo Vieira et al., (2019), a prevalência da doença vem aumentando em todo o mundo, mais acentuadamente em países de renda baixa e média. O manejo da doença renal crônica (DRC) e suas complicações é um desafio para os orçamentos de saúde. Atualmente, a DRC tem sido considerada um problema de saúde pública.

Sob o mesmo ponto de vista, a pessoa com DRC apresenta taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 30mL/min/1,73m², as modalidades de terapia de substituição renal devem ser apresentadas e discutidas com os usuários e seus familiares. Portanto, a escolha do método para o tratamento de substituição renal deve levar em consideração a escolha do cliente, bem como sua condição clínica (Cruz et al., 2006; Ministério da Saúde, 2014).

Conforme Alzen et al. (2018) os pacientes com DRC devem ser encaminhados à diálise quando apresentam sintomas urêmicos, e aqueles em que o tratamento conservador não é capaz de manter a qualidade de vida sem prejuízo do seu estado nutricional ou agravamento de complicações crônicas da uremia.

Contudo, o sucesso da terapêutica de depuração eficiente depende intimamente da presença de um bom acesso, afim de promover manutenção do bem-estar físico, clínico e possibilite autonomia ao indivíduo, bem como conforto, qualidade de vida para esta população.

Frequentemente é observado pacientes com acessos, seja ele um cateter implantado no abdome para diálise peritoneal, seja o cateter temporário ou semi-implantado de longa permanência para hemodiálise, disponíveis para manutenção da vida. Sem acesso, o paciente perde a capacidade de eliminar os metabólitos nitrogenados do organismo para manter o equilíbrio hidroeletrólítico e homeostase.

Os cuidados de enfermagem visam boas práticas de manutenção dos acessos para as terapias dialíticas promovendo menores riscos de morbimortalidade, infecção hospitalar, e conseqüentemente a diminuição dos custos hospitalares.

Diante disto, o objetivo deste estudo é conhecer as dificuldades identificadas pelos enfermeiros no esgotamento de acessos para terapias dialíticas.

2. Metodologia

Estudo é do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Estudo qualitativos segundo Minayo (2012, pp. 622) “As premissas para a discussão da análise qualitativa estão apresentadas em forma de decálogo, na busca de facilitar a compreensão para os que buscam se familiarizar com a abordagem qualitativa”. E estudos do tipo descritivo visa a descoberta e a observância de fenômenos existentes procurando descrevê-los, classificar, comparar, interpretar e avaliar para tomada de decisão (Martins Junior, 2015).

O estudo foi realizado em um Hospital Federal sentinelado, do Município do Rio de Janeiro, de nível quaternário, pavilhão de alta complexidade, no período de setembro a dezembro de 2021, sendo referência no Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro em transplante renal e no atendimento à Gestante e ao Recém-Nascido de Alto Risco, com alto fluxo de atendimentos tornando assim.

Os participantes do estudo foram os Enfermeiros que atuam por, no mínimo, dois anos com pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva do setor de Nefrologia. Foram excluídos os participantes de férias e licença médica. A abordagem dos participantes foi realizada através do contato prévio por telefone, levando em consideração a disponibilidade, tem em vista a maior comodidade das entrevistas.

Considerando o incêndio ocorrido em 2020 no prédio principal do hospital onde eram realizados os atendimentos do serviço de nefrologia, pacientes e enfermeiros transferidos temporariamente para o Hospital Federal da Lagoa do Ministério da Saúde. Sendo assim três participantes foram entrevistados no setor de nefrologia e nove foram em seus domicílios considerando a melhor opção sugerida pelos enfermeiros.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para aprovação sob o protocolo CAAE: 32364820.0.0000.5285 e número do Parecer: 4.406.281. Foram respeitadas as recomendações das Resoluções Nº 466/12 e Nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, bem como foi a recebida à anuência da direção geral do Hospital Federal, instituição do cenário do estudo.

3. Resultados e Discussão

O estudo traz a caracterização dos participantes em relação aos dados reunidos das seguintes informações: sexo, faixa etária, tempo de formação e experiência em nefrologia. A princípio, 15 (100%) Enfermeiros foram elegíveis para o estudo. No entanto, houve 03 (20%) recusas devido a demanda de trabalho e esgotamento emocional causado pela pandemia da COVID-19.

Neste sentido foram 12 (80%) enfermeiros, sendo 01 (7%) enfermeiro vice coordenador da Unidade do rim, 01 (7%) enfermeira diarista, 01 (7%) plantonista diurno da Unidade do Transplante Renal, 02 (13%) enfermeiros plantonistas diurno da Nefrologia Clínica, 02 (13%) enfermeiros plantonistas diurnos da Hemodiálise pediátrica, 05 (33%) enfermeiros plantonistas da hemodiálise adulto (três diurnos e dois noturnos).

Dos participantes elegíveis 10 (67%) são do sexo feminino, 08 estão na faixa etária entre 37-42 (53%). Em relação ao tempo de formação 08 (53%) enfermeiros que se graduaram na faixa 16-20 anos, sendo 06 (40%) apresentando experiência em Nefrologia na faixa de 16-20 anos.

Os enfermeiros possuem diferentes formas de interpretação, pela apresentação subjetiva e individual do pensamento e formas distintas de perceber o paciente, planejar e implementar o cuidado por meio da gestão do cuidar. De fato, a enfermagem é uma ocupação totalmente juvenil, segundo dados do COFEN em 2015, 40% dos enfermeiros têm entre 36 e 50 anos, o que significa que a equipe de enfermagem é majoritariamente mais jovem e feminina (Machado et al., 2015). Em seguida, as falas dos participantes evidenciam sentimentos e percepções construídas no convívio diário com os pacientes:

E5: “paciente que já chega pra gente multipuncionados no hospital porque ele demora...para ter alta para unidade satélite”

E4: “o paciente perde o acesso, precisa de múltiplas punções...múltiplos acessos e aí realmente causa um esgotamento de acessos”

A entrada de pacientes em programas de hemodiálise pelo SUS, é em sua grande maioria, feita em hospitais de grande porte com emergência aberta com os pacientes em urgência dialítica, fazendo-se necessário o implante de cateteres duplo lúmen de urgência devido ao risco iminente de morte.

Esses pacientes antes de conseguirem um acesso definitivo para terapias dialíticas são puncionados em vários sítios anatômicos, em um curto intervalo de tempo, com o objetivo de oferecer um cateter com fluxo apropriado para realizar a depuração sanguínea por via extracorpórea para uma diálise eficiente, permitindo assim a manutenção da qualidade de vida.

Segundo Rocha et al., (2010) afirma que a entrada de pacientes em programas de hemodiálise pelo SUS, muitas vezes é em unidades hospitalares e em caráter de urgência, não havendo tempo para confecção e maturação de acesso vascular definitivo. Os pacientes que chegam em urgência dialítica nesse cenário, buscam pela rede hospitalar pública na sua grande maioria, por meses sem atendimento especializado e efetivo. Esse tempo de espera em confeccionar um acesso permanente geralmente faz com que as perdas dos acessos sejam frequentes, sendo necessário a troca de cateteres e a utilização dos sítios anatômicos de inserção.

E1: “pacientes multipuncionados no hospital geral ... se protela muito para realmente fazer uma fistula”

E8: “falência de acessos por múltiplas punções ou falhas vascular, o paciente não pode fazer transplante, não pode fazer peritoneal ele só tem aquele acesso”

Além disso, a espera para esses pacientes, podem causar consequências irreparáveis pois levam a perda permanente de sítios anatômicos, seja por fibrose ou estenose, diminuindo possibilidades de acessos e perspectiva de vida. Neste sentido Rodrigues et al. (2018) e Farias et al. (2019) nos dizem que a magnitude do tempo de espera do paciente para serem submetidos a procedimentos eletivos é um problema em cerca da metade dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico.

Mas também, esta problemática também é evidenciada no Brasil, conforme demonstra Farias et al (2019) em seu estudo, onde o elevado tempo de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

Por certo, situação que se evidencia nesse cenário, causado pelo tempo prolongado de espera pelo atendimento que tem impacto negativo na evolução clínica e na saúde mental, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas em terapia dialítica.

Além do mais, O uso de um cateter vascular central para hemodiálise expõe os pacientes a eventos como infecções, estenose e trombose e aumentam o risco de mortalidade e os custos de tratamento.

Devido à demora em viabilizar um acesso para as terapias dialíticas, ocorre a interrupção do cotidiano familiar e uma proximidade com a equipe de enfermagem em decorrência da hospitalização, e é vivenciada por todos os membros e pode ser maximizado pelas incertezas que acompanham a dificuldade em adquirir um acesso para as modalidades de terapias renais substitutivas.

Conforme Martins e Cesarino (2005) o paciente sofre alterações da vida diária em virtude da necessidade de realizar o tratamento, necessitando do suporte formal de atenção à saúde, isto é, vive dependente da equipe de saúde, da máquina e do suporte informal para ter o cuidado necessário.

De certo, nota-se que essa busca por um acesso, conduz ao desgaste físico e emocional tanto para o paciente, familiares e profissionais, gerando sensação de impotência por falta de resolutividade da problemática em questão. Quando a família se defronta com um caso grave de doença, acontecem modificações na rotina, sentimentos emergem e todos atravessam um período de crise ocasionado pela enfermidade e ajustes são necessários para que a família continue com sua dinâmica.

Sem dúvida, é explícito que o sofrer faz parte do cotidiano desses pacientes e familiares e é observado pelos profissionais que prestam os cuidados a essa clientela tão peculiar. As narrativas dos participantes a seguir evidenciam esses sentimentos:

E2: “paciente é muito sofrido principalmente quando o médico fala, não tem mais jeito, você não tem mais acesso...eu acho que isso gera muito sofrimento emocional nele e na equipe, porque a gente trabalha muito tempo vendo só sofrimento”

E12: “Percebo que uma hora o paciente acaba não resistindo se ele perde todos os acessos, eu na enfermagem já vi isso acontecer algumas vezes...é muito complicado, muito triste”

Para Cardoso et al. (2019) a enfermagem está centrada nos fenômenos do cuidar humano e nas atividades de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos ou grupos a manter ou adquirir o seu bem-estar de formas culturalmente significativas e benéficas, ou para ajudar as pessoas a enfrentar as deficiências ou a morte. Cabe ao enfermeiro criar estratégias para prestar uma assistência integral e humanizada ao paciente com intuito proporcionar bem-estar e conforto.

O paciente com DRC em terapia dialítica com esgotamento de acessos, vive essa realidade de incerteza no instante que é submetido a novas tentativas de viabilizar um acesso, exacerbando sentimentos que vão desde a frustração, medo ou até mesmo desesperança.

Nesse sentido, Ferreira e Raminelli (2012) enfatizam que algumas patologias apresentam estágios nos quais levam as pessoas a aproximarem-se da morte, por apresentarem quadros clínicos graves com grandes probabilidades de óbito.

Assim sendo, na nefrologia clínica, o cuidar vai além do tratamento, resultando no empenho do enfermeiro, que trabalha com excesso de carga emocional atribuída por vezes pela rotina de trabalho extenuante. Para Monteiro et al. (2016) o enfermeiro precisa lidar diariamente com pessoas em sofrimento físico e/ou psíquico, liderar a equipe de enfermagem e ainda gerenciar as próprias emoções para prestar assistência/gerência de qualidade.

No entendimento da impossibilidade de providenciar um acesso, o enfermeiro envolve-se com os clientes, devido ao cuidado direto, e a uma longa jornada de trabalho. A enfermagem é um dos grupos mais afetados por prestar assistência direta aos usuários, podendo desencadear estresse emocional (Monteiro et al., 2020; Rodrigues et al., 2021).

De modo que, o lidar contínuo e de longa duração com o paciente com doença renal crônica em falência de acessos, causa no enfermeiro e nos demais profissionais da equipe angústia, frustração e impotência. A convivência com o paciente leva a questionamentos, desânimo, desmotivação e por vezes adoecimento do profissional. Assim os entrevistados, referem o sofrer psíquico do enfermeiro ao cuidar do paciente com esgotamento de acessos para terapias renais substitutivas:

E3: “gera uma sensação de impotência no cuidado de enfermagem, porque chega um limite que a gente não vai ter muito o que fazer”

E2: “é um paciente sem perspectiva, eu acho que isso gera muito sofrimento emocional nele e na equipe...se cria um vínculo muito grande pelo tempo de tratamento”

Neste contexto, o enfermeiro trabalha diariamente com paciente e seus familiares, atuando em todas as fases do tratamento por ser tratar de uma doença crônica. Aproxima-se do paciente para conhecer suas necessidades sentidas, a fim de prestar um cuidado diferenciado.

Certamente, esse contato próximo, estreita os vínculos profissionais com o paciente e quando ocorre a perda do equilíbrio saúde/doença afloram sentimentos no enfermeiro, e cabendo a ele gerenciar as emoções criadas no ambiente de trabalho pelo ato de cuidar.

Monteiro et al. (2020) relatam as dificuldades para lidar com problemas durante a convivência diária com pacientes, familiares e profissionais contribuem para suscitar situações de estresse, emergindo sentimentos traduzidos por onipotência, frustração e revolta.

Sem dúvida, deve-se enfatizar que o cuidar diário de pacientes com instabilidade hemodinâmica; compartilhando sentimentos com o cliente e sua rede familiar a respeito da angústia, da dor, da depressão e o medo da morte, gera um intenso desconforto emocional a ponto de o profissional também adoecer (Barros et al., 2021). Trabalhar com pacientes renais crônicos em esgotamento de acessos para terapias renais substitutivas, é ter presente no cotidiano a dor e a realidade da morte.

E2: “muito ruim e pra equipe também causa sofrimento, alguns vão sofrer muito outros menos, vira sua família você vê-lo sempre”

Porquanto, essa incerteza em providenciar um acesso para terapia dialítica gera no enfermeiro sentimentos que põe em dúvidas suas habilidades técnicas ocasionando o desenvolvimento de estresse, desamino e frustração no profissional que prestar o cuidar direto a este paciente. Monteiro et al. (2016) explica que as emoções sempre estão presentes nas relações de cuidado e conferem humanidade às ações de enfermagem, pois o cuidar só existe à medida que há envolvimento, interesse e engajamento ao buscar conhecer o sujeito.

Por mais que, assistir ao paciente com doença renal crônica permita ao profissional vivenciar etapas na evolução da doença e acompanhá-lo nessa jornada. O cuidar próximo e constante causa no enfermeiro sensações de empatia e frustração conforme citado na fala a seguir:

E2: “a gente trabalha muito tempo vendo só sofrimento, eu andei um pouco assim abalada com isso...é um paciente que não tem perspectiva”

Acima de tudo, cuidar do paciente renal crônica em esgotamento de acessos cria no enfermeiro várias emoções, desencadeadas pela periodicidade das internações hospitalares. Percebe-se que esse convívio causa no enfermeiro sentimentos diversos que podem culminar em adoecimento emocional.

Neste sentindo, os enfermeiros identificam as dificuldades relacionadas aos aspectos anatômicos e fisiológicos para a aquisição do acesso temporário e da impossibilidade ocasionada pela rede vascular deteriorada de confeccionar um acesso permanente.

Os entrevistados divergem entre definições referentes ao esgotamento de acessos para terapias renais substitutivas. Alguns entrevistados enfatizam aspectos anatômicos dos pacientes:

E3: “os pacientes que entram em diálise são mais idosos...com mais comorbidades...o número de pacientes com acesso vascular ruim ou em acesso terminal tem acontecido cada vez mais”

E5: “às vezes é um paciente que tem a anatomia difícil ou então teve múltiplos acessos”

E7: “problemas oriundos da fisiopatologia do paciente renal crônico”

Observa-se que aspectos anatômicos são relevantes quando se assiste aos pacientes com dificuldade em conseguir um acesso para terapia dialítica. Evidenciar na prática quanto maior forem as barreiras apresentadas para a obtenção de um acesso

com fluxo ideal, menor será seu tempo útil e consequentemente mais procedimentos serão realizados no paciente. Neste sentido deve-se implementar, ações voltadas à proteção do paciente contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada (Ministério da Saúde, 2011).

O paciente com DRC em sua grande maioria apresenta alguma doença preexistente, de característica crônica que acomete outros órgãos do corpo. Mediante a este fato o diz que as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis, tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (Ministério da Saúde, 2014).

Do mesmo modo, devido ao processo de envelhecimento que vem acompanhado comumente por doenças e agravos crônicas, degenerações fisiológicas, anatômica e motora é comum encontrar alterações circulatórias podendo desencadear um processo incapacitante. Para Esquenazi et al., (2014) as alterações estruturais e funcionais do sistema circulatório que ocorrem no envelhecimento atuam como mecanismos adaptativos compensatórios e que a rigidez arterial e a manutenção de pequeno grau de inflamação crônica no leito vascular, são consequências desse processo.

No contexto apresentado onde a maior parte dos pacientes são idosos é importância levarmos em consideração as alterações estruturais do sistema circulatório desencadeadas pelo processo do envelhecimento e sua correlação com a duração dos acessos para terapia dialítica.

Pacientes com alterações anatômicas exigem dos profissionais que executam as técnicas, maior habilidade e destreza, e se percebe na prática maior dificuldade de viabilizar um acesso de boa qualidade ocasionando maior manipulação e retirada do cateter. Fica claro na fala do entrevistado que a inabilidade técnica causa prejuízo a permeabilidade desses sítios de punção:

E11: “observo que as vezes não se consegue fornecer um acesso satisfatório tanto para diálise peritoneal ou para a hemodiálise”

Nesse cenário é de suma importante que haja assistência humanizada e livre de danos ao paciente e por consequência preservação dos sítios de inserção de cateteres para diálise e aumento da expectativa de vida. Respectivo a inabilidade técnica e refere que o serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas (Ministério da Saúde, 2011). Outros entrevistados reportaram o excesso de acessos utilizados em vários sítios anatômicos:

E2: “quando passam pra diálise peritoneal por falência de acesso por ter passado pela hemodiálise por muito tempo e usado todas as vias possíveis”

E4: “paciente que já teve múltiplos acessos e aí causa um esgotamento...não tem facilidade em fazer a fistula”

E8: “quando chega na fase de falência de acesso devido a múltiplas punções ou falhas vasculares”

Evidencia-se, através das narrativas que os procedimentos descomedidos para adquirir um acesso para terapias dialíticas, causa escassez de vasos a longo prazo. Para Rodrigues et al. (2018) a falha no acesso vascular para hemodiálise aumenta significativamente as taxas de morbidade e os custos do tratamento.

O excesso de procedimentos para adquirir uma via possível para diálise onera o SUS pois existe o uso demasiado de insumos, prolongamento do tempo de permanência na instituição hospitalar e o uso desmedido da tecnologia em saúde. O impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (Ministério da Saúde, 2014).

Uma vez que, na incapacidade de providenciar um acesso para as terapias dialíticas e na eminência do agravamento do quadro clínico do paciente, alterna-se as modalidades com o objetivo de alcançar uma diálise eficaz. Pela ausência de um acesso eficiente o paciente transita pelas terapias dialíticas com o intuito de conseguir uma diálise eficiente para manutenção da vida. O participante relata que esses pacientes alternam entre os métodos pela dificuldade em adquirir um acesso:

E2: “o paciente chega no transplante por não ter nenhum acesso...não tinha acesso dialise peritoneal...já não tinha onde ter acesso venoso”

E12: “as vezes é um cateter de hemodiálise, de peritoneal...tudo para de funcionar”

Tal qual, na urgência dialítica o paciente que possui sua rede venosa exaurida, é utilizado a membrana do peritônio com soluções de diálise com alta concentração de dextrose podendo ocasionar peritonite química impossibilitando a sua utilização. Segundo Rocha et al. (2010) e Silva et al. (2014) o início de diálise peritoneal por exaustão de acesso vascular para hemodiálise, que, por estar associado a uma maior frequência de peritonite, deve fatalmente culminar em ausência completa de opções dialíticas.

Nesta circunstância evidencia-se que a ausência de acessos para terapia dialítica para o paciente renal crônica torna-se urgência, pois a ausência do tratamento evolui para a eminência de morte. Os entrevistados evidenciaram a complexidade em cuidar e lidar desses pacientes:

E5: “vejo o paciente em falência de acesso como um paciente crítico, onde vão ocorrer alteração dos sinais vitais... aumento das escorias nitrogenadas...com poucas perspectivas de melhora, aguardando um milagre”

E12: “É um paciente complexo geralmente mais difícil de lidar...ele sabe muito bem da condição dele e os riscos que ele está correndo”

Para o paciente sem acessos para terapias dialíticas, ocasionado pela dificuldade do procedimento para inserção cateter, geralmente ele não dialisa por longo período e apresenta sinais e sintomas urêmicos, deterioração clínica e instabilidade hemodinâmica.

No transcorrer da internação, o paciente pode apresentar um estado de deterioração fisiológica com aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, anasarca, anúria, edema agudo de pulmão, alteração do nível de consciência e coma. Segundo Horta (1979) a assistência de enfermagem se dá nos estados de desequilíbrio do ser humano e tem como objetivo satisfazer as necessidades humanas básicas afetadas.

Inclusive, o cuidado de enfermagem precisa estar direcionado no controle dos sinais e sintomas e conforto do paciente em urgência dialítica e em esgotamento de acessos. O paciente sem acesso para diálise necessita de uma assistência de enfermagem especializada considerando a evolução, a complexidade e o agravamento do quadro clínico.

Para Rafael (2017) e Ana (2013) o gerenciamento do cuidado de enfermagem destinado aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis hospitalizadas é complexo e requer dos enfermeiros ações dinâmicas e interdisciplinares na tentativa de atender às múltiplas demandas dos pacientes e integrar a equipe para tomada de decisão acerca do cuidado aos clientes e suas famílias.

4. Considerações Finais

Os resultados permitiram compreender como os enfermeiros identificam as dificuldades no esgotamento de acessos para terapias dialíticas, os aspectos abordados foram referentes as dificuldades em providenciar acesso definitivo levando a multiplicações, sofrimento físico e emocional dos pacientes, familiares e dos enfermeiros.

Destaca-se também aspectos anatômicos e habilidades técnicas em providenciar um acesso e reconhecimento da complexidade do paciente sem acessos para as terapias dialíticas.

Devido ao avanço tecnológico e o aumento da perspectiva de vida dos pacientes em terapias dialíticas, observa-se o crescimento de indivíduos com necessidade urgente de acessos para possibilitar o tratamento dialítico. Essa clientela necessita de uma enfermagem capacitada e especializada para prestar o cuidado humanizado e holístico.

O desenvolvimento de pesquisas voltados para otimização da assistência dos enfermeiros que trabalham no setor de nefrologia julga-se importante o desenvolvimento de novos estudos que subsidiem a construção de conhecimento para as boas práticas do cuidado aos acessos para terapias renais substitutivas. Sugere-se a realização de estudos direcionados a compreender as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e familiares que vivenciam a situação de falência de acessos para terapias dialíticas.

Referências

- Alzen, J. L., Langdon, L. S., & Otero, V. K. (2018). A logistic regression investigation of the relationship between the Learning Assistant model and failure rates in introductory STEM courses. *Int J STEM Educ.* 5(1), 2-12. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs40594-018-0152-1>
- Ana, C. A. M. (2013). *Atenção paliativa oncológica em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/51/teses/856540.pdf>
- Barros, A. M. M. S., Santos, G. R.; Oliveira, N. V. S., Santos, I. H. A., Andrade, T. R. S. F., & Cavalcante, A.B. (2021). Avaliação da susceptibilidade da síndrome de burnout em enfermeiros oncohematológicos. *R. pesq: cuid. fundam.* online. 13, 796-801. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9156>
- Cardoso, M. F. P. T., Ribeiro, O. M. P. L., & Martins, M. M. F. P. S. (2019). A morte e o morrer: contributos para uma prática sustentada em referenciais teóricos de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 40, e20180139. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180139>
- Cruz, J., Praxedes, J. N., & Cruz, H. M. M. (2006). *Nefrologia*. Sarvier.
- Esquenazi, D., Silva, S. R. B., & Guimarães, M. A. M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE.* 13(2), 11-20. <https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Farias, C. M. L., Giovanella, L., Oliveira, A. E., & Neto, E. T. S. N. (2019). Tempo de espera e absentéismo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. *Saúde em Debate.* 43(spe 5), 190-204. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>
- Ferreira, V. S., & Raminelli, O. (2012). O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. *Rev. SBPH.* 15(1),101-113. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n1/v15n1a07.pdf>
- Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. EPU.
- Machado, M. H. M., Filho, W. A., Larcada, W. F., Oliveira, E., Lemos, W., Wermilinger, M., Vieira, M., Santos, M. R., Junior, P. B. S., Justino, E., & Barbosa, C. (2015). Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enfermagem. Foco.* 7, 11-17. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>
- Martins Junior, J. (2015). *Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos*. Vozes.
- Martins, R. I. M., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 13(5), 670-676. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010>
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva.* 17(3), 621-626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Ministério da Saúde. (Brasil). (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
- Ministério da Saúde. (Brasil). (2014). *Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC –Doença Renal Crônica no Sistema Único de Saúde*. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl-nica-drc-versao-final.pdf>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., Beck, C. L. C. (2020). Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. *Psicol. cienc. prof.* 40,e191910. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>
- Monteiro, P. V., Almeida, A. N. S., Pereira, M. L. D., Freitas, M. C., Guedes, M. V. C., & Silva, L. F. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *REME Rev Min Enferm.* 20, e957. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160026>
- Rafael, B. G. (2017). *O gerenciamento do cuidado de enfermagem para defesa da autonomia dos idosos em terminalidade da vida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/51/teses/861500.pdf>

Rocha, P. N., Sallenave, M., Casqueiro, V., Neto, B. C., & Presídio, S. (2010). Motivo de "escolha" de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? *Braz. J. Nephrol.* 32(1),23-28. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000100005>

Rodrigues, A. T., Colugnati, F. A. B., & Bastos, M. G. (2018). Evaluation of variables associated with the patency of arteriovenous fistulas for hemodialysis created by a nephrologist. *Braz. J. Nephrol.* 40(4), 326-332. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2017-0014>

Rodrigues, F. A. B., Progianti, J. M., Prata, J. A., Oliveira, E. B., Souza, M. N., & Bélem, L. S. (2021). Sofrimento laboral e estratégias de defesa referidas por técnicas de enfermagem de maternidades. *Rev. enferm. UERJ.* 29, e54601. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.54601>

Silva, C., Abreu, C. P., Jorge, S., Afonso, N., Carreira, A., & Costa, A. G. (2014). Peritoneal dialysis in patients with vascular access problems. *Port J Nephrol Hypert.* 28(2): 119-125. http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/pjnh/49/artigo_04.pdf

Vieira, C., Silva, D. R., Prates, C. G. (2019). *Segurança do paciente em serviços de diálise – rotinas e práticas*. Balieiro.