



Grau de satisfação e participação do paciente com doença renal crônica em terapia renal substitutiva

Degree of satisfaction and participation of patients with chronic kidney disease in renal replacement therapy

Lidiane de Almeida Silva¹, Helga Cecília Muniz de Souza², Shirley Dias Bezerra³, Patrícia Érika de Melo Marinho³

1 - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil.

2 - Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco UFPE, Recife, PE, Brasil.

3 - Programa de Pós Graduação em Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.

RESUMO

Objetivo: verificar o grau de participação na escolha da terapia renal substitutiva (TRS) e a satisfação dos pacientes com doença renal crônica com o seu tratamento. **Método:** estudo transversal, realizado no serviço de Nefrologia de um hospital universitário do nordeste do Brasil. Amostra de 46 pacientes alocados em diálise peritoneal n=2, hemodiálise n=21 e transplantados n=23, com idade $42,33 \pm 9,63$ anos e predominância do sexo feminino (n= 28, 60,9%). Foram avaliados aspectos clínicos, nível de satisfação com Patient Global Impression of Change e a participação no tratamento com questionário próprio semiestruturado. **Resultados:** o grupo dos transplantados apresentou maior tempo de TRS (p= 0,027), menor número de comorbidades (p= 0,006) e de sintomas (cãimbras, dormência, fraqueza e prurido) em relação ao grupo diálise. A maioria dos participantes de ambos os grupos demonstraram estarem satisfeitos com o tratamento e relataram participação na tomada de decisão do seu tratamento, contudo a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para início da TRS foi pouco referida, sobretudo no grupo diálise. **Conclusão:** participantes do estudo em diálise relataram mais sintomas e comorbidades em relação aos transplantados. Ambos os grupos mostraram-se satisfeitos com o tratamento e consideraram ter participado da escolha dele. Contudo, o processo de tomada de decisão conjunta através da assinatura do TCLE foi incipiente contrapondo-se as recomendações atuais.

Palavras-chave:

Diálise; Consentimento Informado; Transplante Renal; Diálise peritoneal; Hemodiálise.

patricia.marinho@ufpe.com.br

ABSTRACT

Objective: to verify the degree of participation in choosing the renal replacement therapy (RRT) and the satisfaction of chronic kidney disease patients with its treatment. **Method:** this was a cross-sectional study performed with 46 patients (2 peritoneal dialysis, 21 hemodialysis and 23 kidney transplanted patients), 18-65 years old of both genders. Clinical aspects were evaluated, as well as level of satisfaction by the Patient Global Impression of Change and participation in the treatment using a semi-structured questionnaire. **Results:** the transplant recipients presented longer RRT time (p= 0.027), fewer comorbidities (p= 0.006) and fewer symptoms (cramps, numbness, weakness and itching) than the dialysis group. Most participants from both groups were satisfied with their treatment and reported participation in the decision-making of their treatment. However, signing the informed consent form (ICF) for initiating RRT was not mentioned, especially in the dialysis group. **Conclusion:** participants in the dialysis study reported more symptoms and comorbidities in relation to transplant recipients. Both groups were satisfied with the treatment and considered having participated in the treatment choice. However, the joint decision-making process through signing the ICF was incipient as opposed to current recommendations.

Keywords:

Dialysis; Informed consent; Kidney Transplantation; Peritoneal dialysis; Hemodialysis.



INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública que atinge grande parte da população mundial. De acordo com o último censo de diálise,¹ cerca de 10% da população no mundo apresenta algum grau de doença renal e no Brasil, mais de 100.000 indivíduos são dependentes de Terapia Renal Substitutiva (TRS), dentre os quais 90% estão em hemodiálise (HD).²

As Diretrizes Clínicas para o cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica do Ministério da Saúde do Brasil, utilizam a taxa de filtração glomerular (TFG) para estimar a gravidade e o acompanhamento clínico conforme o estadiamento da doença.³ De acordo com essa diretriz, os pacientes com DRC em estágio 1 a 3 (pré-diálise) serão acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, e os estágios 4 a 5 (não dialítico) e 5D (em TRS) por unidade especializada.³

O *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI)⁴ enfatiza a participação do paciente na tomada de decisão quanto a escolha da TRS a partir de suas necessidades e preferências assim como de sua expectativa de vida, sob a coordenação do nefrologista, demais profissionais da saúde e de familiares do paciente.⁴ Esse documento enfatiza que as opções de TRS devem considerar não apenas a condição de saúde desse paciente, como também os objetivos de vida atuais e futuros, suas preferências, suporte social, status funcional e logística.⁴

Entendendo que a escolha do tipo de TRS deva ser compartilhada com os envolvidos e levando-se em consideração as expectativas e necessidades do paciente, a satisfação com a escolha representa a capacidade de julgar a qualidade dos cuidados prestados⁵ e se faz necessária para o acompanhamento clínico e adesão ao tratamento proposto. Assim, considerando a importância do atendimento ao prescrição pela diretriz nacional de cuidado ao paciente com DRC e o KDOQI, o presente estudo teve como objetivo verificar o grau de participação na escolha da TRS e a satisfação desses pacientes com a modalidade adotada em seu tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, sendo desenvolvido no período entre abril a outubro de 2018, que avaliou pacientes de ambos os sexos e na faixa etária de 18 a 65 anos, no serviço de Nefrologia

do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. O presente estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional (número 2.452.407), de acordo com a Resolução 466/2012 do CONEP e todos os voluntários assinaram previamente o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

População do estudo e amostra

Participaram do estudo pacientes com DRC que realizavam qualquer modalidade de TRS [diálise peritoneal (DP), transplante renal (TXR) ou hemodiálise (HD)], acompanhados no serviço e nefrologia. A amostra foi obtida por conveniência, sendo não-probabilística. Foram excluídos pacientes em tratamento conservador, menores de 18 anos e aqueles que não conseguissem responder aos questionários propostos.

Os pacientes em HD e em DP, e os transplantados (TXR), foram agrupados em dois grupos distintos [pacientes sob diálise (HD e DP) e pacientes transplantados, respectivamente], a fim de facilitar o processo de análise dos dados.

Inicialmente foram coletados os dados referentes ao sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), doença de base, presença de comorbidades e informações sobre orientação de restrição hídrica e de dieta diretamente do prontuário do paciente. Em seguida, o paciente foi abordado quanto a presença de sinais e sintomas (dor, câimbra, dormência, fraqueza, cansaço físico e prurido) frequentes na DRC.

Percepção Global de Mudança (PGIC)

O *Patient Global Impression of Change* (PGIC) é uma medida unidimensional onde os indivíduos classificam a sua melhoria associada à intervenção em uma escala de sete itens que varia entre “1= sem alterações”, “2= Quase na mesma, sem qualquer alteração visível”, “3= Ligeiramente melhor, mas sem mudanças consideráveis”, “4= Com algumas melhorias, mas a mudança não representou qualquer diferença real”, “5= Moderadamente melhor, com mudança ligeira mas significativa”, “6= Melhor, e com melhorias que fizeram uma diferença real e útil” e “7= Muito melhor”.⁶ Os dados são expressos em percentual, por grupo e refletem o nível de satisfação dos mesmos quanto ao tratamento instituído. Os resultados foram expressos em percentual de mudança, no entanto, para efeitos de comparação entre os grupos HD e TXR, agrupamos os resultados do PGIC em dois grupos: os itens 1, 2

e 3 foram agrupados no ‘Grupo sem mudança’ e os demais (4, 5, 6 e 7 itens) no ‘Grupo com mudança’.

Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica

O acompanhamento clínico dos pacientes sob TRS foram checados quanto ao cumprimento as diretrizes para o cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica,³ de acordo com as seguintes questões elaboradas sobre a DRC (diagnóstico da DRC pelo médico clínico–; houve encaminhamento para o nefrologista; o estadiamento da doença; houve acompanhamento da equipe profissional – assistente social, psicólogo, enfermeiro e nutricionista); houve acompanhamento clínico na unidade básica de saúde ou em ambulatório hospitalar; houve acompanhamento para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou da diabetes mellitus (DM) e sobre adequação do estilo de vida; houveram orientações sobre as modalidades da TRS; se realizou de exames de rotina e se recebeu algum documento para autorização para início da TRS.

Análise estatística

Os dados foram armazenados inicialmente em planilha do Microsoft Excel 2010 e posteriormente transferidos para o programa estatístico SPSS versão 21.0. Inicialmente verificou-se a distribuição de

normalidade e de homogeneidade de variância através dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Levene respectivamente.

Para as variáveis contínuas foram realizadas comparações através do teste t Student para amostras independentes e os dados apresentados como média \pm desvio padrão. Para comparação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança, sendo considerado um p valor menor que 0,05 como significativo.

RESULTADOS

As principais características dos participantes se encontram descritas na Tabela 1, no qual observa-se um tempo de TRS foi maior no grupo TXR em relação ao de diálise ($132,70 \pm 116,62$ versus $69,48 \pm 59,30$ meses, $p=0,027$), além de maior número de comorbidades no grupo diálise ($p=0,006$). Quando questionados quanto a presença de sintomas, os pacientes em diálise relataram mais sintomas de câimbra ($p=0,038$), dormência ($p=0,003$), fraqueza/tontura ($p=0,005$) e prurido ($p=0,044$) em relação aos transplantados. Não foram observadas diferenças entre os grupos quanto a presença de dor e de cansaço físico ($p=1,00$ e $p=0,200$, respectivamente).

Em relação ao nível de satisfação com o tratamento instituído, 8 pacientes (34,8%) do grupo

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo.

Variáveis	TXR (n=23) Média \pm DP/n (%)	Diálise (n=23) Média \pm DP/n (%)	p valor
Sexo n (%)			
Feminino	12 (52,2)	16 (69,6)	0,227
Idade (anos)	42,13 \pm 8,73	42,52 \pm 10,65	0,892
IMC (kg/m ²)	26,85 \pm 6,39	23,96 \pm 5,12	0,156
TRS (meses)	132,70 \pm 116,62	69,48 \pm 59,30	0,027
Comorbidades			
Sim	10 (43,5)	19 (82,6)	0,006
Doenças de base			
HAS	15 (65,2)	9 (37,5)	
DM	2 (8,7)	1 (4,2)	
Outras	6 (26,1)	13 (54,2)	
Orientações			
Hídrica			
Sim	22 (95,7)	23 (100)	0,312
Dieta			
Sim	22 (95,7)	23 (100)	0,312
Sintomas			
Câimbra	7 (30,4)	14 (60,8)	0,038
Dormência	4 (17,4)	12 (52,1)	0,003
Fraqueza	3 (13,0)	12 (52,1)	0,005
Prurido	3 (13,0)	9 (39,1)	0,044
Dor	11 (47,8)	11 (47,8)	1,000
Cansaço físico	5 (21,7)	9 (39,1)	0,200

TXR=Transplante Renal; DP= Desvio padrão; IMC=Índice de massa corpórea; TRS=Terapia Renal Substitutiva; HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; DM=Diabetes Mellitus. Dados expressos em frequência e média \pm desvio padrão. Teste t de Student para amostras independentes e teste Qui Quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

diálise e 2 transplantados (8,7%) consideraram pouca ou nenhuma mudança após a TRS. No entanto, pode-se observar que numericamente os pacientes do grupo transplante (21 pacientes, 91,3%) apresentaram-se mais satisfeitos com a TRS em relação àqueles que realizam a diálise (15 pacientes, 65,2%). Vinte e um dos pacientes transplantados (91,3%) consideraram-se com mudança significativa em relação aos 15 pacientes do grupo HD (65,2%) quando as respostas do *PGIC* foram agrupadas em 'sem mudança' (itens 1 a 3) e 'com mudança' (itens 4 a 7) ($p=0,032$).

No que se refere aos resultados relativos às

Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com DRC, observa-se que 21,7% ($n=5$) dos transplantados e 43,5% ($n=10$) dos indivíduos em diálise não foram devidamente esclarecidos acerca dos benefícios das modalidades de TRS existentes (Tabela 2). Ainda nesse sentido, o TCLE para a autorização da TRS deixou de ser apresentado para 56,4% e 87% dos pacientes, respectivamente (13 e 20 pacientes, $p=0,022$).

DISCUSSÃO

Tabela 2 - Aspectos relacionados às diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no SUS.

Variáveis	TXR n (%)	Diálise n (%)	X ²	p valor
Informado sobre a Doença				
Clínico geral	18 (78,3)	19(82,6)	0,138	0,710
Nefrologista	5(21,7)	4(17,4)		
Encaminhado para o especialista	7(30,4)	5(21,7)	0,451	0,502
Não				
Gravidade				
Não	6(26,1)	11(47,8)	2,333	0,127
Acompanhado por outros profissionais				
Não	8 (34,8)	2 (8,7)	4,600	0,032
Profissionais				
Apenas Enfermeiros	6(26,1)	0 (0)	0,107	0,743
Equipe multiprofissional	17(73,9)	0 (0)		
Acompanhado por UBS				
Não	14 (60,9)	0 (0)	0,093	0,760
Acompanhado por ambulatório especializado				
Não	14(60,9)	14(60,9)	0,000	1,000
Adequar hábitos				
Não	0(0)	1(1,4)	1,022	0,312
Controle Glicêmico				
Não	21(91,3)	20 (87,0)	0,224	0,636
Consulta				
Mensal	22 (95,7)	19 (82,6)	2,020	0,155
Trimestral	1(4,3)	4(17,4)		
Hemograma				
Não	1 (4,3)	5 (21,7)	3,067	0,080
Vacina				
Não	6 (26,1)	8 (34,8)	0,411	0,522
TCLE para iniciar TRS				
Não	13 (56,4)	20 (87)	5,254	0,022
Captação pela lista de TXR				
Não	9 (39,1)	9 (39,1)	0,001	1,000

TXR= Transplante Renal; DP= Desvio padrão; UBS= Unidade Básica de saúde; TCLE= Termo de consentimento livre e esclarecido; TRS= Terapia renal substitutiva. Dados expressos em frequência. Teste Qui Quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Os participantes do grupo transplante apresentam em sua maioria, maior nível de satisfação com o tratamento em relação ao grupo diálise. Percentualmente esse grupo também relatou maior participação na escolha da TRS. Em relação ao consentimento informado para início de tratamento, essa assinatura ocorreu em menos da metade dos pacientes em transplante, enquanto apenas 3 participantes do grupo diálise afirmaram terem assinado o consentimento prévio a terapia instaurada. Os pacientes em diálise apresentaram maior número de comorbidades em relação aos transplantados, a semelhança dos resultados obtidos no estudo conduzido por Gouveia et al.,⁷ que também ressaltaram o impacto que as comorbidades podem trazer nos custos de saúde.

Observamos que a presença de sintomas foram mais frequentes entre os pacientes que realizaram DP e HD em relação ao grupo de transplantados. Como a maior parte dos indivíduos do grupo diálise de nosso estudo realizavam a HD, é esperada a ocorrência de desequilíbrio hidroeletrólítico e perda ponderal de líquido entre as sessões, que invariavelmente pode acarretar em quadros de hipotensão⁸ com consequente sensação de fraqueza e tontura, além da presença de câimbra secundária ao processo de ultrafiltração.⁹

Outra ocorrência frequente observada entre os pacientes desse grupo foi a presença de prurido, geralmente associada a elevadas doses de fósforo sérico, que melhora após o TXR.¹⁰ No entanto, não temos como afirmar se os níveis séricos de fósforo do grupo diálise de nosso estudo se encontravam elevados o suficiente para causarem esses efeitos, uma vez que esses dados não constavam nos prontuários desses pacientes.

Ao serem interrogados sobre a satisfação com seu tratamento, 60,9% dos transplantados e 33,3% dos dialíticos relataram maior grau de satisfação com o seu tratamento. Prevalência maior para satisfação com o tratamento instituído foi encontrada entre os pacientes em HD e em DP (87,6% e 94%, respectivamente) no estudo de Pereira et al.,¹¹ embora eles não tenham avaliado os transplantados.

Considerando-se os diferentes instrumentos utilizados entre esse estudo (questionário elaborado para esse fim) e o nosso (PGIC), alguns pontos necessitam ser considerados nessa interpretação. Uma delas diz respeito ao instrumento utilizado para a coleta dessa informação, já considerada acima e

a outra está relacionada a amostra e a presença de sintomas e de comorbidades entre os pacientes.

Em nosso estudo, os sintomas e as comorbidades foram investigados com o objetivo de verificarmos a frequência de sua ocorrência entre os diferentes tipos de pacientes em TRS avaliados. Dessa forma, considerando que os pacientes dialíticos apresentaram maior frequência de queixas e maior número de comorbidades em relação aos transplantados, acreditamos que o nível de satisfação tenha sido avaliado negativamente para essa modalidade de tratamento.

Nosso estudo apresenta que 21,7% e 43,5% dos pacientes transplantados e em diálise respectivamente, referiram não terem recebido esclarecimentos acerca da TRS antes de sua realização. Resultado similar foi encontrado no estudo de Song et al.,¹² que avaliaram o conhecimento para a tomada de decisão dos pacientes antes da realização da TRS em 15 centros de diálise da Carolina do Norte/USA e observaram que 27% deles não haviam sido esclarecidos quanto a necessidade de diálise.

De acordo com os resultados desse estudo, apenas 13% dos pacientes avaliados referiram ter participado do processo de decisão para a TRS com o seu médico.¹³ Embora não tenham avaliado a participação na tomada de decisão, observamos que tanto em nosso estudo quanto no de Song et al.,¹² apenas uma pequena parcela dos pacientes que necessitaram de TRS foram esclarecidos previamente, refletindo a existência de lacunas na comunicação entre pacientes e nefrologistas.

No Brasil, o estudo realizado por Pereira et al.,¹¹ em três clínicas de HD e uma de DP no Paraná, constataram que a decisão quanto à escolha dessas terapias ficou sob a responsabilidade médica em sua grande maioria (80,4% para a HD e 67,1% para a DP), onde apenas uma pequena parte desses pacientes (14,4% e 25,4%, respectivamente) participaram conjuntamente com o médico do processo de escolha.

Embora esses autores não tenham voltado a atenção para o esclarecimento prévio e o consentimento informado para o início da TRS, observa-se que a participação dos pacientes nessa tomada de decisão permanece incipiente. Como justificativa, os autores acreditam que essa realidade possa mudar a partir do acompanhamento precoce desses pacientes pelo nefrologista, assim como através do processo educativo sobre as modalidades de TRS.¹¹

Em relação ao consentimento informado, nossos resultados apontam para um elevado percentual de desconhecimento por parte dos pacientes do grupo diálise quanto a informação sobre as possibilidades da TRS. O consentimento informado é uma ferramenta ética e legal para assegurar a escolha do paciente sobre o seu tratamento, sendo necessária quando se considera que essa escolha é tão importante para este quanto a decisão e indicação médicas para tal.¹³

O paciente com DRC necessita não apenas ter conhecimento acerca do esclarecimento para a assinatura do TCLE, mas também sobre o papel da diálise, a logística do tratamento dialítico e os riscos e benefícios de cada modalidade de TRS para a sua tomada de decisão. Nossos resultados apontam que essa prática ainda é incipiente e pode refletir, possivelmente, inadequado repasse de informações por parte dos nefrologistas aos pacientes antes da indicação para a TRS. De acordo com Davis e Davison,¹⁴ o processo de escolha envolve consequências que podem impactar sobre a sobrevivência e a qualidade de vida desses pacientes e o diálogo entre as partes envolvidas pode proporcionar melhores condições para motivação e para suportar as escolhas realizadas e alcançar o consenso, alinhando o tratamento pretendido, os valores e preferências do paciente ao tratamento.¹⁴

Limitações do estudo

O enfoque do presente estudo foi a avaliação do nível de satisfação e de participação no processo de escolha da TRS dos pacientes, sabendo-se da existência de recomendações próprias para a sua execução na prática clínica. Nesse sentido, o intuito dessa informação foi de deixar claro o cumprimento das diretrizes e averiguação da presença dos membros da equipe que devem estar presentes para cuidar do paciente com DRC.

No entanto, outros pontos poderiam ter sido adicionados a fim de proporcionar melhor compreensão sobre esses resultados como, a circunstância em que a TRS foi indicada, se os pacientes foram cientificados sobre os riscos e benefícios de cada uma das modalidades, se houve participação de pacientes e/ou de familiares no processo de tomada de decisão para a escolha da TRS e se os pacientes foram esclarecidos acerca da doença e de sua evolução.

Assim, observamos que nossos resultados não se distanciam da realidade de outras cidades do Brasil ou de países mais desenvolvidos, mas acreditamos ele

pode acrescentar aos existentes a fim de que estratégias possam ser pensadas com o objetivo de se exercitar a tomada de decisão partilhada entre os interessados, uma vez que esses são os principais interessados.

CONCLUSÃO

Nosso estudo observa que indivíduos com DRC em TRS do tipo diálise relataram mais sintomas e presença de comorbidades em relação aos transplantados. Ambos os grupos de pacientes mostraram-se satisfeitos com o seu tratamento e do processo de escolha. Contudo, ao investigarmos sobre o processo de tomada de decisão conjunta através da assinatura TCLE podemos verificar que essa realidade ainda se encontra distante das recomendações mundiais e das diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CS. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. *J Bras Nefrol* 2017;39(3):261-6. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>
2. Santos DR, Moura LRR. Dia Mundial do Rim de 2014. Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 2014.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014.
4. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, Allon M, Asif A, Astor BC, Glickman MH, Graham J, Moist LM, Rajan DK, Roberts C, Vachharajani TJ, Valentini RP. KDOQI Vascular Access Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis* 2020; 75(4) (suppl 2):S1-S164. doi: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.12.001>
5. Silva GM, Gomes IC, Machado EL, Rocha FH, Andrade ELG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. *Physis* 2011; 21(2):581-600. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000200013>
6. Hurst H, Bolton J. Assessing the clinical significance of change scores recorded on subjective outcome measures. *J Manipulative Physiol Ther* 2004; 27(1):26-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2003.11.003>
6. Gouveia DSS, Bignelli AT, Hokazono SR, Danucalo VI, Siemens TA, Meyer F, Santos F, Martins LS, Lopes ZC, Mierzwa TC, Furquim R. Analysis of economic impact among modalities of renal replacement therapy. *J Bras Nefrol* 2017; 39(2):162-171. doi: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20170019>
7. Tinôco JDS, Paiva MGN, Lúcio KDB, Pinheiro RL, Macedo BM, Lira ALBC. Complications in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Cogitare Enferm* 2017; 22(4):

e52907. doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242892

8. Terra FS, Costa AMDD, Figueiredo ET, Morais AM, Costa MD, Costa RD. The main complications presented by the chronic renal patients during hemodialysis. *Rev Bras Clin Médica* 2010;8(3):187-92. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.38016>

9. Gueiros APS, Neves CL, Sampaio EA, Custódio MR. Distúrbio mineral e ósseo após o transplante renal. *J Bras Nefrol* 2011;33(2):189-247. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000500010>

10. Pereira E, Chemin J, Menegatti CL, Riella MC. Choice of dialysis modality-clinical and psychosocial variables related to treatment. *J Bras Nefrol* 2016;38(2):215-24. doi: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160031>

11. Song MK, Lin FC, Gilet CA, Arnold RM, Bridgman JC, Ward SE. Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28: 2815-2823. doi: <https://doi.org/10.1093/ndt/gft238>

12. Brennan F, Stewart C, Burgess H, Davison SN, Alvin HM, Fliss EMM, Germain M, Tranter S, Brown M. Time to improve informed consent for dialysis: An international perspective. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017; 12:1001-9. doi: <https://doi.org/10.2215/CJN.09740916>

Davis JL, Davison. Hard choices, better outcomes: a review of shared decision-making and patient decision aids around dialysis initiation and conservative kidney management. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2017;26:205-13. doi: <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000321>

Recebido em: 08/06/2020

Aceito em:27/10/2020

Como citar: SILVA, Lidiane de Almeida et al. Grau de satisfação e participação do paciente com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 4, out. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/15295>>. Acesso em: 01 out. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i4.15295>