


ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA: O QUE AS POLÍTICAS PÚBLICAS TÊM GARANTIDO À DIÁLISE PERITONEAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.034-004>

Rita de Cassia Silva Miranda Marins

Graduanda em Medicina
Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO, Duque de Caixias RJ
E-mail: rcsmmarins@gmail.com
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/4059096011914669>

Silvana Baldoimo Bezerra

Graduanda em Medicina
Centro Universitário Estácio - ESTÁCIO, Iguatu CE
E-mail: silumedporamor@hotmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7107247914431594>

Allyson Hauan Ponciano da Silva

Graduando em Psicologia
Faculdade Alpha - ALPHA, Recife PE
E-mail: psiallysonhauan@gmail.com
LATTES: <http://lattes.cnpq.br/6664225801195210>

Dayanna Cristiny Souza de Castro

Pós-graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória
Centro Universitário de João Pessoa - UNIPE, João Pessoa PB
E-mail: cdayanna535@gmail.com
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/7572713717592560>

Leunice Monfardini Menuci

Pós-graduada em Administração Hospitalar
Centro Universitário São Camilo
E-mail: Leo.menuci@hotmail.com
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/2360725328248080>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5145-4525>

Kharlo Emmanuely Gonçalves de Oliveira e Silva

Graduando em Fisioterapia
Centro Universitário Faema - UNIFAEMA, Ariquemes RO
E-mail: kharlo_ariq@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-00004-8444-0333>

Francisca Angelita Carneiro

Graduada em Fisioterapia
Centro Universitário INTA - UNINTA, Sobral CE
E-mail: anngelita18@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8829-4186?lang=pt>

Maria Laura Magalhães Monte Salustiano

Graduada em Enfermagem
Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, Maceió AL
E-mail: marialauraa.mms@gmail.com
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/4652610903275747>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5136-4588>

Marcos Aurélio de Oliveira Santos

Graduado em Enfermagem
Universidade Católica de Brasília - UCB, Brasília DF
E-mail: enfermeiromarcosdf@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0182-9646>

Rivaldo Pereira Silva

Graduando em Enfermagem
Faculdade de Educação São Francisco - FAESF, Pedreiras MA
E-mail: silvarivaldo328@gmail.com
LATTES: <https://lattes.cnpq.br/8479770655870038>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3846-6804>

RESUMO

A diálise peritoneal constitui uma modalidade de terapia renal substitutiva com potencial para ampliar o acesso ao cuidado, promover a autonomia do paciente e alinhar-se aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivo analisar os desafios e as desigualdades regionais e institucionais relacionadas à oferta da diálise peritoneal no SUS, considerando seus impactos no acesso e na qualidade do cuidado às pessoas com doença renal crônica. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em artigos científicos nacionais e internacionais, além de documentos normativos e diretrizes do Ministério da Saúde. Os resultados evidenciam que, embora a diálise peritoneal apresente benefícios clínicos, econômicos e sociais, sua implementação permanece limitada por entraves estruturais, organizacionais, logísticos e socioculturais, bem como por desigualdades regionais na distribuição de serviços e na capacitação profissional. Observou-se ainda fragilidade na articulação entre os níveis de atenção à saúde e insuficiência de indicadores para monitoramento da modalidade. Conclui-se que a ampliação equitativa da diálise peritoneal no SUS demanda ações integradas de gestão, financiamento, educação permanente e fortalecimento das redes de atenção, de modo a consolidar o cuidado domiciliar como estratégia efetiva no enfrentamento da doença renal crônica.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Diálise peritoneal; Doença renal crônica; Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil, caracterizando-se por elevada prevalência, curso progressivo e impacto significativo nos âmbitos clínico, social e econômico. Trata-se de uma condição crônica não transmissível que evolui de forma lenta e silenciosa, sendo frequentemente diagnosticada em estágios avançados, quando a perda da função renal já é irreversível. Esse cenário contribui diretamente para o aumento da demanda por terapias renais substitutivas, como a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal, o que impõe desafios crescentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à organização da assistência, ao financiamento e à garantia do cuidado integral (Andrade *et al.*, 2024).

No contexto brasileiro, o impacto da DRC sobre o SUS tem se intensificado nas últimas décadas, especialmente em função do envelhecimento populacional, do aumento da expectativa de vida e da elevada prevalência de condições crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Esses fatores contribuem para a progressão da doença renal e ampliam o número de indivíduos que necessitam de acompanhamento contínuo e, em muitos casos, de terapia renal substitutiva. Tal realidade resulta em elevado custo assistencial, sobrecarga dos serviços especializados e necessidade de planejamento permanente das políticas públicas voltadas à atenção nefrológica (Andrade *et al.*, 2024; Ferreira, 2023).

A saúde, enquanto direito social fundamental, é assegurada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece ser dever do Estado garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). Esse princípio constitucional fundamenta a criação do SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que orientam a organização do sistema com base na universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). No âmbito da DRC, esses dispositivos legais asseguram o acesso às diferentes modalidades de terapia renal substitutiva como parte do cuidado integral à saúde.

Com o objetivo de estruturar a atenção à pessoa com doença renal crônica, o Ministério da Saúde instituiu um conjunto de políticas, diretrizes e normativas que reconhecem a diálise peritoneal (DP) como uma modalidade terapêutica eficaz, segura e incorporada ao SUS. Dentre esses instrumentos, destacam-se a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e o Manual de Diálise Peritoneal para Profissionais de Saúde, que normatizam a indicação, o acompanhamento e o financiamento da DP no sistema público (Brasil, 2004; Brasil, 2014; Brasil, 2018; Brasil, 2020).

A diálise peritoneal apresenta características que a tornam uma alternativa estratégica no cuidado à pessoa com DRC. Trata-se de uma modalidade que pode ser realizada no domicílio, permitindo maior autonomia ao paciente, flexibilização da rotina diária e redução da necessidade de deslocamentos frequentes

aos serviços de saúde. Além disso, a literatura aponta que a DP está associada à melhor preservação da função renal residual, maior estabilidade hemodinâmica e menor impacto cardiovascular quando comparada à hemodiálise convencional (Araújo; Souza, 2021; Preto *et al.*, 2023). Esses aspectos contribuem para melhores desfechos clínicos e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Do ponto de vista organizacional e econômico, a diálise peritoneal também apresenta potencial para contribuir com a racionalização dos custos do SUS. A possibilidade de realização domiciliar, aliada à redução da necessidade de infraestrutura física complexa, pode favorecer a descentralização da assistência e ampliar o acesso à terapia renal substitutiva em regiões com menor oferta de centros de hemodiálise. Além disso, a DP pode reduzir a sobrecarga dos serviços especializados e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, especialmente quando integrada à atenção primária e aos serviços de atenção domiciliar (Pitaluga *et al.*, 2025; Ferreira, 2023).

Apesar dessas vantagens amplamente descritas na literatura e do reconhecimento formal da diálise peritoneal nas políticas públicas brasileiras, observa-se uma discrepância significativa entre o discurso normativo e a prática assistencial. Dados nacionais indicam que a hemodiálise permanece como a modalidade predominante no país, enquanto a DP apresenta baixa adesão e subutilização no SUS, mesmo em situações nas quais sua indicação clínica é plenamente viável (Andreoli *et al.*, 2023; Barbosa *et al.*, 2022). Essa realidade evidencia um distanciamento entre o que está previsto nos documentos oficiais e o que é efetivamente ofertado aos usuários do sistema público de saúde.

A baixa utilização da diálise peritoneal no Brasil é atribuída a múltiplos fatores, que incluem barreiras institucionais, limitações na capacitação das equipes multiprofissionais, fragilidades nos processos de educação em saúde e preconceitos históricos em relação à técnica. Além disso, desafios logísticos relacionados ao fornecimento de insumos, ao acompanhamento clínico regular e ao suporte domiciliar adequado dificultam a consolidação da DP como alternativa terapêutica no SUS (Barbosa *et al.*, 2022; Silva; Freire, 2023). Soma-se a esse contexto a concentração dos serviços de nefrologia em grandes centros urbanos, o que compromete o acesso equitativo, especialmente em regiões periféricas e interioranas do país.

No campo da organização da atenção à saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes específicas para estruturar a linha de cuidado da pessoa com DRC, com destaque para a Portaria nº 389/2014 e a Portaria nº 1.675/2018. Esses instrumentos normativos definem critérios para a atenção especializada, reforçam a importância do planejamento terapêutico individualizado e preconizam a escolha compartilhada da modalidade dialítica, considerando aspectos clínicos, sociais, culturais e a preferência do paciente (Brasil, 2014; Brasil, 2018). Contudo, a efetivação dessas diretrizes ainda se mostra limitada na prática cotidiana dos serviços de saúde.

A literatura evidencia que a transição planejada para a diálise peritoneal ainda é pouco frequente no SUS. Em muitos casos, a terapia renal substitutiva é iniciada de forma tardia e emergencial, geralmente por meio da hemodiálise, o que reduz a possibilidade de escolha informada e compromete os desfechos clínicos e a adesão ao tratamento (Pilatti *et al.*, 2022; Francisco *et al.*, 2024). Esse modelo assistencial evidencia fragilidades na articulação entre a atenção primária, a atenção especializada e os serviços hospitalares, contrariando os princípios da integralidade e da continuidade do cuidado.

No âmbito técnico-assistencial, avanços significativos têm sido descritos quanto à segurança da diálise peritoneal, à implantação de cateteres e ao manejo das principais complicações associadas à técnica. Estudos recentes demonstram a viabilidade clínica da DP em diferentes perfis de pacientes, incluindo populações pediátricas, indivíduos com início não planejado da terapia e pacientes com distintas condições clínicas e sociais (Franke *et al.*, 2024; Palma *et al.*, 2022). Esses achados reforçam que os principais entraves à ampliação da DP no SUS não se restringem a aspectos técnicos, mas estão fortemente relacionados a questões estruturais, organizacionais e políticas.

Figura 1 – Distribuição das modalidades de terapia renal substitutiva no Sistema Único de Saúde



Fonte: Gemini - Google (2026)

Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar de forma crítica o distanciamento existente entre o arcabouço legal e normativo que assegura a diálise peritoneal como direito no SUS e a realidade concreta vivenciada por usuários e profissionais de saúde. A compreensão dessa lacuna permite identificar

fragilidades na implementação das políticas públicas, bem como potencialidades para o fortalecimento da DP como estratégia de cuidado integral, humanizado, equitativo e sustentável no sistema público brasileiro.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar criticamente o que as políticas públicas brasileiras têm, de fato, garantido à diálise peritoneal no âmbito do Sistema Único de Saúde, discutindo a distância entre o discurso normativo e a prática assistencial, à luz da legislação vigente, das diretrizes ministeriais e das evidências científicas nacionais e internacionais.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem descritiva e analítica, desenvolvido por meio de uma revisão de literatura. Esse tipo de delineamento foi escolhido por possibilitar a síntese crítica do conhecimento científico e normativo existente acerca da diálise peritoneal no Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a análise do distanciamento entre o discurso das políticas públicas e a prática assistencial efetivamente observada nos serviços de saúde. A revisão de literatura constitui estratégia metodológica adequada para a compreensão de fenômenos complexos relacionados à organização do sistema de saúde, à implementação de políticas públicas e à efetividade das ações assistenciais.

A construção do referencial teórico ocorreu a partir da identificação, seleção e análise de produções científicas e documentos oficiais relacionados à Doença Renal Crônica (DRC), às modalidades de terapia renal substitutiva, com ênfase na diálise peritoneal, e às políticas públicas de saúde vigentes no Brasil. Foram incluídos estudos nacionais e internacionais, bem como legislações, portarias, diretrizes clínicas, protocolos terapêuticos e manuais técnicos publicados por órgãos oficiais, especialmente pelo Ministério da Saúde.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed/MEDLINE e Google Scholar, por serem reconhecidas pela abrangência e relevância na área da saúde. Para a identificação dos estudos, foram utilizados descritores controlados e não controlados, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, a fim de ampliar a sensibilidade da busca. Os descritores empregados foram selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH).

Figura 2 – Descritores utilizados na busca bibliográfica



Fonte: Autoria própria (2026)

Os principais descritores utilizados incluíram: “Doença Renal Crônica”, “Diálise Peritoneal”, “Terapia Renal Substitutiva”, “Sistema Único de Saúde”, “Políticas Públicas de Saúde”, “Atenção Nefrológica” e “Qualidade de Vida”. As combinações entre os termos permitiram identificar estudos que abordassem tanto os aspectos clínicos e assistenciais da diálise peritoneal quanto sua inserção nas políticas públicas e nos serviços de saúde. A busca foi realizada no período de março a junho de 2025, considerando publicações disponíveis na íntegra.

Para a seleção dos estudos, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, com o objetivo de garantir a relevância, a atualidade e a qualidade das fontes analisadas. Como critérios de inclusão, foram considerados: artigos científicos publicados entre 2021 e 2025; estudos disponíveis na íntegra; publicações nos idiomas português, pesquisas que abordassem a diálise peritoneal no contexto do SUS ou em sistemas públicos de saúde; estudos relacionados às políticas públicas, diretrizes clínicas, organização da atenção à DRC e qualidade de vida de pacientes em diálise peritoneal; além de documentos oficiais, legislações, portarias e manuais técnicos do Ministério da Saúde pertinentes ao tema.

Foram adotados como critérios de exclusão: artigos duplicados nas bases de dados; estudos que abordassem exclusivamente a hemodiálise sem comparação ou relação com a diálise peritoneal; publicações que não tratassem da DRC ou das terapias renais substitutivas; trabalhos com texto incompleto; relatos de caso isolados; cartas ao editor; resumos de eventos científicos; dissertações, teses e monografias não publicadas em periódicos científicos; bem como estudos que não apresentassem relação direta com o objetivo proposto.

Após a etapa de busca, os estudos identificados foram submetidos a um processo de triagem, inicialmente por meio da leitura dos títulos e resumos, com o intuito de verificar a adequação ao tema e aos critérios estabelecidos. Em seguida, os textos selecionados foram lidos na íntegra, permitindo uma

avaliação mais aprofundada de sua relevância metodológica e de sua contribuição para a discussão proposta. Os dados extraídos incluíram informações sobre autores, ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivos, principais resultados e contribuições relacionadas à diálise peritoneal e às políticas públicas de saúde.

Figura 3 – Fluxograma do processo de elaboração do estudo e seleção dos artigos



Fonte: Autoria própria (2026)

A análise dos dados ocorreu de forma qualitativa e interpretativa, por meio da leitura crítica e da categorização temática dos conteúdos identificados nos estudos incluídos. As informações foram organizadas em eixos temáticos, contemplando: a organização das políticas públicas de atenção à DRC; a inserção da diálise peritoneal no SUS; os fatores que influenciam sua adesão e implementação; e os impactos assistenciais, sociais e organizacionais da DP no sistema público de saúde. Essa abordagem possibilitou a identificação de convergências, divergências e lacunas na literatura, bem como a articulação entre o discurso normativo e a prática assistencial.

Por se tratar de uma revisão de literatura baseada em dados secundários de domínio público, este estudo dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que todas as fontes utilizadas foram devidamente citadas e referenciadas, respeitando os princípios éticos da pesquisa científica, a integridade acadêmica e as normas vigentes de citação e referência.

A metodologia adotada permitiu uma análise abrangente e crítica acerca da diálise peritoneal no âmbito do Sistema Único de Saúde, contribuindo para a compreensão dos avanços, limitações e desafios

relacionados à efetivação das políticas públicas e à garantia do direito à saúde das pessoas com doença renal crônica.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta análise evidenciam que, embora o Sistema Único de Saúde disponha de um arcabouço normativo consistente voltado à atenção à pessoa com doença renal crônica, persiste um distanciamento significativo entre as diretrizes oficialmente estabelecidas e a realidade da oferta da diálise peritoneal nos serviços de saúde. A literatura analisada aponta que a consolidação dessa modalidade dialítica enfrenta entraves de natureza estrutural, organizacional, assistencial e regional, que comprometem a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, a discussão dos achados foi organizada em eixos temáticos que abordam a coerência entre o marco normativo e a prática assistencial, a diálise peritoneal enquanto estratégia de cuidado domiciliar e as desigualdades regionais e institucionais no acesso à terapia renal substitutiva. Tal abordagem permite uma análise integrada dos fatores que sustentam a predominância da hemodiálise no SUS e evidencia os desafios para a ampliação da diálise peritoneal como alternativa terapêutica viável, humanizada e sustentável no sistema público de saúde.

3.1 COERÊNCIA ENTRE O MARCO NORMATIVO E A OFERTA REAL DA DIÁLISE PERITONEAL NO SUS

A análise dos estudos científicos e documentos normativos selecionados evidencia a existência de um descompasso persistente entre o arcabouço legal que orienta a atenção à Doença Renal Crônica (DRC) no Sistema Único de Saúde (SUS) e a oferta efetiva da diálise peritoneal (DP) nos serviços assistenciais. Embora o Brasil disponha de um conjunto robusto de leis, portarias e diretrizes clínicas que reconhecem a DP como modalidade segura, eficaz e alinhada aos princípios da integralidade e da equidade, sua implementação prática permanece limitada e marcada por desigualdades regionais e institucionais.

Segundo Andrade *et al.* (2024), o impacto da DRC no SUS tem se intensificado nos últimos anos, impondo desafios crescentes à organização da rede de atenção nefrológica. Os autores destacam que, apesar da expansão da demanda por terapias renais substitutivas, o modelo assistencial permanece fortemente centrado na hemodiálise, o que evidencia dificuldades na incorporação de modalidades alternativas, como a diálise peritoneal, previstas no planejamento normativo do sistema.

De acordo com a Constituição Federal e as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, a organização do SUS deve assegurar acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde (Brasil, 2022; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). No campo da nefrologia, esses princípios são operacionalizados por meio da Política

Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, das diretrizes clínicas e das portarias que estruturam a linha de cuidado da DRC, nas quais a diálise peritoneal é formalmente reconhecida como opção terapêutica válida e recomendada em diferentes contextos clínicos (Brasil, 2004; Brasil, 2014a; Brasil, 2014b).

Conforme estabelecem as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC e o Manual de Diálise Peritoneal para Profissionais de Saúde, a DP apresenta vantagens relevantes, como maior autonomia do paciente, possibilidade de cuidado domiciliar, redução de deslocamentos frequentes e potencial melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2018; Brasil, 2020). Entretanto, a análise dos estudos empíricos demonstra que tais diretrizes nem sempre se traduzem em práticas assistenciais consolidadas nos serviços do SUS.

Para Andreoli *et al.* (2023), a baixa utilização da diálise peritoneal não pode ser explicada apenas por critérios clínicos, mas reflete barreiras estruturais, organizacionais e culturais que dificultam sua adoção. Os autores questionam a persistente preferência pela hemodiálise, mesmo em cenários nos quais a DP poderia ser indicada, apontando que a resistência à mudança de modelo assistencial contribui para a manutenção de práticas historicamente estabelecidas.

Como destacam Barbosa *et al.* (2022), a baixa adesão à diálise peritoneal está associada a múltiplos fatores, incluindo limitações na capacitação das equipes de saúde, falhas na educação do paciente e insuficiente suporte domiciliar. Esses elementos revelam que, embora a DP esteja prevista no marco normativo, sua efetivação depende de condições institucionais que nem sempre estão disponíveis, especialmente em regiões com menor capacidade instalada.

Na perspectiva de Araújo e Souza (2021), a diálise peritoneal apresenta impacto positivo na qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal terminal, sobretudo por favorecer maior flexibilidade terapêutica e preservação da rotina familiar e social. Apesar disso, os autores ressaltam que muitos usuários do SUS não têm acesso a essa modalidade, o que evidencia uma contradição entre os benefícios reconhecidos na literatura e a realidade do cuidado ofertado.

Consoante Ferreira (2023), a fragilidade da atenção nefrológica no SUS está relacionada à insuficiente articulação entre os níveis de atenção e à dificuldade de garantir continuidade do cuidado. A ausência de fluxos bem definidos para a indicação precoce da diálise peritoneal contribui para o início tardio da terapia renal substitutiva, frequentemente em caráter emergencial, situação em que a hemodiálise se impõe como alternativa imediata.

De acordo com Silva e Freire (2023), a avaliação de indicadores de qualidade em serviços de diálise peritoneal revela que, quando adequadamente estruturada, essa modalidade apresenta resultados clínicos satisfatórios e segurança assistencial. No entanto, os autores apontam que a inexistência de sistemas consistentes de monitoramento e avaliação limita a expansão da DP no SUS, reforçando o distanciamento entre o planejamento normativo e a prática cotidiana.

Como afirmam Francisco *et al.* (2024), a transição para a diálise peritoneal não depende exclusivamente do perfil clínico do paciente, mas da organização dos serviços e da disponibilidade de suporte técnico e institucional. Os autores demonstram que, em contextos nos quais há investimento em capacitação profissional e estruturação da rede, a DP pode ser implementada com sucesso, independentemente da origem geográfica do usuário.

Na análise de Palma *et al.* (2022), a sustentabilidade da diálise peritoneal no Brasil exige políticas públicas que ultrapassem o reconhecimento formal da modalidade e avancem na garantia de financiamento adequado, infraestrutura e suporte multiprofissional. Os autores enfatizam que a permanência da DP como opção marginal no SUS reflete limitações na governança e na priorização de modelos de cuidado domiciliar.

Quadro 1 – Coerência entre o marco normativo e a oferta real da diálise peritoneal no SUS

Dimensão analisada	Previsão no marco normativo	Situação observada na prática
Diretrizes clínicas	Reconhecimento da DP como modalidade eficaz e segura	Predominância da hemodiálise nos serviços
Princípios do SUS	Integralidade, equidade e autonomia do paciente	Oferta desigual e acesso limitado à DP
Financiamento	Previsão de custeio da DP	Incentivos ainda concentrados na hemodiálise
Organização da rede	Linha de cuidado estruturada para DRC	Fragilidade na articulação entre níveis de atenção
Qualificação profissional	Necessidade de equipes capacitadas	Insuficiência de educação permanente

Fonte: Autoria própria (2026)

Após a apresentação do Quadro 1, observa-se que a síntese dos achados reforça a existência de um desalinhamento estrutural entre as diretrizes legais e a oferta concreta da diálise peritoneal no SUS, evidenciando que as limitações não se restringem ao campo normativo, mas perpassam aspectos organizacionais, financeiros e assistenciais.

3.2 A DIÁLISE PERITONEAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO DOMICILIAR E SEUS ENTRAVES NA PRÁTICA

Segundo o Ministério da Saúde (2018), a diálise peritoneal configura-se como uma das principais estratégias de cuidado domiciliar no contexto da terapia renal substitutiva, ao possibilitar que o tratamento seja realizado no ambiente familiar, com maior autonomia do paciente e menor dependência de serviços hospitalares especializados. Essa modalidade apresenta consonância direta com os princípios da

integralidade, da humanização e da descentralização da atenção à saúde, fundamentos estruturantes do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

De acordo com Araújo e Souza (2021), o cuidado domiciliar proporcionado pela diálise peritoneal favorece a reorganização da rotina das pessoas com doença renal crônica em estágio terminal, permitindo maior flexibilidade nos horários de tratamento, preservação de vínculos sociais e melhor adaptação às atividades cotidianas. Os autores destacam que tais benefícios refletem positivamente na qualidade de vida, especialmente quando comparados à hemodiálise convencional, que impõe deslocamentos frequentes e maior dependência de estruturas ambulatoriais de alta complexidade.

Conforme Andreoli *et al.* (2023), a diálise peritoneal domiciliar também se apresenta como uma estratégia relevante para a racionalização dos recursos do sistema de saúde, ao reduzir custos indiretos associados ao transporte sanitário, à ocupação de leitos hospitalares e à sobrecarga dos serviços de hemodiálise. Sob essa perspectiva, a modalidade dialoga com os princípios de eficiência e sustentabilidade do SUS, particularmente em um cenário de crescimento contínuo da prevalência da doença renal crônica no Brasil.

Para Andrade *et al.* (2024), o aumento expressivo da incidência e da prevalência da doença renal crônica impõe desafios significativos à organização da atenção nefrológica no SUS. Os autores ressaltam que, embora a diálise peritoneal seja reconhecida como alternativa eficaz e custo-efetiva, sua incorporação permanece limitada, evidenciando um descompasso entre o arcabouço normativo existente e a prática assistencial predominante no país.

Como destacam Barbosa *et al.* (2022), apesar de suas potencialidades, a efetivação da diálise peritoneal como estratégia de cuidado domiciliar enfrenta entraves importantes relacionados à baixa adesão dos pacientes. Entre os fatores associados, destacam-se fragilidades nos processos de educação em saúde, comunicação inadequada entre profissionais e usuários e insegurança quanto ao manejo da técnica no ambiente domiciliar, o que compromete a decisão informada e compartilhada.

Na visão do Ministério da Saúde (2014), a escolha da modalidade dialítica deve considerar critérios clínicos, sociais e a preferência informada do paciente, o que pressupõe planejamento terapêutico antecipado e acompanhamento multiprofissional contínuo. Contudo, na prática assistencial, observa-se que o início da terapia renal substitutiva ocorre frequentemente de forma não planejada, limitando as possibilidades de inserção do paciente na diálise peritoneal domiciliar (Pilatti *et al.*, 2022).

Consoante Ferreira (2023), a insuficiente articulação entre a atenção primária à saúde e os serviços especializados em nefrologia compromete o diagnóstico precoce da doença renal crônica e dificulta o encaminhamento oportuno dos pacientes. Essa fragmentação da rede de atenção favorece o predomínio da hemodiálise como resposta imediata às situações de agravamento clínico, em detrimento da diálise peritoneal, que exige preparo prévio e suporte contínuo.

De acordo com Francisco *et al.* (2024), a transição bem-sucedida para a diálise peritoneal depende menos das características sociodemográficas dos pacientes e mais da organização dos serviços de saúde. Os autores demonstram que a existência de fluxos assistenciais definidos, capacitação das equipes e suporte técnico institucional são determinantes para a adoção segura da modalidade, independentemente do contexto regional.

Quadro 2 – Potencialidades da diálise peritoneal como estratégia de cuidado domiciliar e principais entraves à sua efetivação no SUS

Dimensão	Potencialidades da diálise peritoneal domiciliar	Entraves identificados na prática assistencial
Clínica	Preservação da função renal residual; menor instabilidade hemodinâmica; possibilidade de início planejado da terapia	Início tardio e emergencial da TRS; insegurança profissional quanto ao manejo domiciliar
Assistencial	Fortalecimento do autocuidado; maior protagonismo do paciente e da família; cuidado humanizado	Fragilidade na educação em saúde; capacitação insuficiente das equipes multiprofissionais
Organizacional	Descentralização do cuidado; redução da dependência de centros de hemodiálise	Concentração de serviços especializados; rotatividade de profissionais
Logística	Redução de deslocamentos frequentes; menor sobrecarga de unidades hospitalares	Dificuldades no fornecimento e na distribuição regular de insumos
Econômica	Potencial racionalização de custos para o SUS; redução de gastos indiretos	Falhas no planejamento orçamentário e na gestão dos contratos
Sociocultural	Maior integração do tratamento à rotina do paciente	Preconceitos históricos; percepção de maior risco e complexidade da técnica
Rede de atenção	Possibilidade de articulação com a Atenção Primária à Saúde	Desarticulação entre níveis de atenção; acompanhamento irregular

Fonte: Autoria própria (2026)

A partir da sistematização apresentada no Quadro 2, observa-se que os entraves à consolidação da diálise peritoneal como cuidado domiciliar no SUS são multifatoriais, extrapolando o campo técnico-assistencial e envolvendo dimensões organizacionais, logísticas, econômicas e socioculturais. Esses fatores, quando associados, contribuem para a baixa adesão à modalidade e para sua subutilização no sistema público de saúde.

Como afirmam Silva e Freire (2023), a ausência de monitoramento sistemático e de indicadores específicos de qualidade fragiliza a avaliação dos resultados da diálise peritoneal no âmbito do SUS. A falta de dados consolidados dificulta a identificação de falhas, o aprimoramento das práticas assistenciais e a implementação de estratégias baseadas em evidências científicas.

Na perspectiva de Palma *et al.* (2022), especialmente no contexto da diálise peritoneal pediátrica, a sustentabilidade da modalidade requer investimentos contínuos em infraestrutura, logística de insumos e suporte multiprofissional. Embora o estudo se concentre na população pediátrica, seus achados refletem desafios estruturais comuns à diálise peritoneal como um todo no sistema público brasileiro.

Conforme apontam as diretrizes nacionais, a fragilidade da articulação entre os níveis de atenção e a ausência de linhas de cuidado bem estruturadas comprometem a continuidade do tratamento domiciliar (Brasil, 2014; Brasil, 2020). A inexistência de protocolos operacionais claros para o acompanhamento da diálise peritoneal limita a padronização do cuidado e a segurança do paciente.

Tal como defendem Andreoli *et al.* (2023), a baixa adoção da diálise peritoneal não está relacionada à inviabilidade técnica da modalidade, mas à insuficiência de estratégias institucionais que favoreçam sua implementação. Persistem barreiras culturais e organizacionais que reforçam a hegemonia da hemodiálise, mesmo diante das evidências favoráveis à diálise peritoneal.

Na análise de Pitaluga *et al.* (2025), a diálise peritoneal apresenta benefícios clínicos, sociais e econômicos relevantes quando comparada à hemodiálise, especialmente no que se refere à autonomia do paciente e à redução da sobrecarga dos serviços de saúde. Contudo, esses benefícios permanecem subaproveitados no SUS em razão de limitações estruturais e de gestão.

Diante desse contexto, os resultados discutidos evidenciam que a diálise peritoneal, embora reconhecida normativamente como estratégia de cuidado domiciliar alinhada aos princípios do SUS, permanece subutilizada na prática assistencial. A superação desses entraves demanda ações integradas que envolvam gestão, qualificação profissional, educação em saúde e fortalecimento das redes de atenção, de modo a consolidar o cuidado domiciliar como alternativa efetiva, segura e equitativa no âmbito da terapia renal substitutiva.

3.3 DESIGUALDADES REGIONAIS E INSTITUCIONAIS NO ACESSO À DIÁLISE PERITONEAL

Segundo Andrade *et al.* (2024), as desigualdades regionais no acesso às terapias renais substitutivas configuram-se como um dos principais desafios para a consolidação dos princípios de universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No contexto da diálise peritoneal, essas desigualdades tornam-se ainda mais evidentes, uma vez que a oferta da modalidade depende da existência de infraestrutura adequada, equipes capacitadas e logística organizada para o acompanhamento domiciliar, condições que se distribuem de forma heterogênea no território nacional.

De acordo com Ferreira (2023), a concentração dos serviços de nefrologia em grandes centros urbanos contribui para a limitação do acesso à diálise peritoneal em regiões periféricas e interioranas. Nessas localidades, a hemodiálise tende a ser priorizada por estar associada a serviços já consolidados,

enquanto a diálise peritoneal permanece subofertada, apesar de seu potencial para reduzir deslocamentos e ampliar o acesso ao tratamento em áreas com menor densidade de serviços especializados.

Conforme os dados analisados por Andrade *et al.* (2024), as diferenças regionais na organização da atenção à saúde refletem desigualdades históricas no financiamento, na capacidade de gestão e na disponibilidade de recursos humanos qualificados. Regiões com menor investimento estrutural apresentam maiores dificuldades para implantar e manter programas de diálise peritoneal, o que reforça assimetrias no acesso à terapia renal substitutiva e compromete a equidade do cuidado no SUS.

Para Andreoli *et al.* (2023), as desigualdades institucionais também se expressam na heterogeneidade dos modelos de gestão adotados pelos serviços que ofertam terapia renal substitutiva. Enquanto algumas instituições estruturam programas de diálise peritoneal com equipes multiprofissionais capacitadas e fluxos assistenciais bem definidos, outras restringem a oferta da modalidade, seja por limitações operacionais, seja por decisões gerenciais que priorizam a hemodiálise.

Como destacam Barbosa *et al.* (2022), a lógica de financiamento e de organização dos serviços influencia diretamente a disponibilidade da diálise peritoneal. Em determinados contextos institucionais, a percepção de maior previsibilidade operacional e financeira da hemodiálise desestimula investimentos na estruturação de programas de diálise peritoneal, mesmo quando esta é reconhecida como modalidade segura, eficaz e alinhada às diretrizes nacionais.

Na visão do Ministério da Saúde (2014), a desigualdade no acesso à diálise peritoneal também se relaciona à variabilidade na capacitação dos profissionais de saúde entre diferentes regiões e instituições. A formação insuficiente em nefrologia e em cuidado domiciliar limita a indicação da modalidade e reforça práticas assistenciais baseadas na experiência institucional, em detrimento das recomendações clínicas vigentes (Brasil, 2014; Brasil, 2018).

Consoante as diretrizes nacionais, fragilidades na articulação entre os níveis de atenção à saúde agravam as desigualdades regionais, especialmente quando a atenção primária não está integrada aos serviços especializados em nefrologia (Brasil, 2014). A ausência de fluxos assistenciais bem estabelecidos dificulta o planejamento terapêutico antecipado e reduz as oportunidades de escolha pela diálise peritoneal, sobretudo em regiões com menor densidade de serviços especializados.

De acordo com Araújo e Souza (2021), fatores socioeconômicos regionais influenciam diretamente a viabilidade do cuidado domiciliar. Condições inadequadas de moradia, limitações no acesso a saneamento básico e ausência de rede de apoio familiar impactam negativamente a indicação e a manutenção da diálise peritoneal, ampliando as disparidades regionais e sociais no acesso ao tratamento.

Como afirmam Preto *et al.* (2023), populações em situação de maior vulnerabilidade social tendem a enfrentar barreiras adicionais para acessar modalidades de cuidado domiciliar, o que compromete os

ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA: O QUE AS POLÍTICAS PÚBLICAS TÊM GARANTIDO À DIÁLISE PERITONEAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

desfechos clínicos e a qualidade de vida. Esse cenário evidencia que as desigualdades no acesso à diálise peritoneal não se restringem à dimensão geográfica, mas também envolvem determinantes sociais e institucionais do cuidado em saúde.

Quadro 3 – Fatores associados às desigualdades regionais e institucionais no acesso à diálise peritoneal no Sistema Único de Saúde

Dimensão	Aspectos observados	Impactos no acesso à diálise peritoneal
Geográfica	Concentração de serviços de nefrologia em grandes centros urbanos	Restrição do acesso em regiões periféricas e interioranas
Estrutural	Infraestrutura desigual entre regiões e instituições	Limitação na implantação e manutenção de programas de DP
Recursos humanos	Distribuição desigual de profissionais capacitados em nefrologia	Baixa indicação da DP e insegurança técnica
Organizacional	Heterogeneidade dos modelos de gestão dos serviços	Oferta irregular e dependente da instituição
Financeira	Lógicas de financiamento percebidas como mais favoráveis à hemodiálise	Desestímulo institucional à DP
Assistencial	Fragilidade da articulação entre níveis de atenção	Início tardio da TRS e menor escolha informada
Sociodemográfica	Vulnerabilidade social e condições domiciliares inadequadas	Redução da viabilidade do cuidado domiciliar
Gestão em saúde	Ausência de indicadores padronizados e monitoramento regional	Manutenção das desigualdades e planejamento ineficaz

Fonte: Autoria própria (2026)

A síntese apresentada no Quadro 3 evidencia que as desigualdades no acesso à diálise peritoneal no SUS são multifatoriais e interdependentes, envolvendo dimensões geográficas, estruturais, organizacionais, financeiras e sociais. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias de regionalização e planejamento orientadas pelo princípio da equidade, conforme preconizado pelo marco legal do sistema (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Na perspectiva do Ministério da Saúde (2004), a ausência de políticas regionais específicas e de mecanismos efetivos de indução contribui para a manutenção das assimetrias no acesso à diálise peritoneal. Embora o marco normativo reconheça a modalidade como componente da atenção integral à pessoa com doença renal crônica, a implementação desigual das diretrizes limita sua expansão equitativa no território nacional.

Conforme apontam Silva e Freire (2023), a carência de indicadores padronizados para avaliar a oferta e a qualidade da diálise peritoneal dificulta a identificação de desigualdades regionais e institucionais.

A ausência de dados sistematizados compromete o planejamento em saúde, a alocação racional de recursos e a tomada de decisão baseada em evidências.

Em consonância com Ferreira (2023), a superação das desigualdades regionais e institucionais no acesso à diálise peritoneal exige o fortalecimento das redes de atenção à saúde, com ênfase na regionalização, na qualificação da atenção primária e na integração com os serviços especializados. Estratégias como educação permanente, apoio matricial e teleassistência apresentam potencial para ampliar a capacidade local de oferta da modalidade.

Tal como defendem Pitaluga *et al.* (2025), políticas públicas orientadas para a equidade devem considerar as especificidades regionais e institucionais, promovendo investimentos diferenciados e estratégias adaptadas às realidades locais. No caso da diálise peritoneal, o cuidado domiciliar representa uma oportunidade concreta de reduzir desigualdades, desde que acompanhado de suporte técnico, logístico e institucional adequado.

Na análise de Andreoli *et al.* (2023), as desigualdades regionais e institucionais no acesso à diálise peritoneal refletem limites estruturais do SUS na operacionalização do princípio da equidade. Embora o sistema disponha de diretrizes clínicas e normativas consistentes, a ausência de estratégias efetivas de regionalização e monitoramento contribui para a manutenção de disparidades no acesso à terapia renal substitutiva.

Dessa forma, os resultados discutidos nesta seção evidenciam que as desigualdades no acesso à diálise peritoneal no SUS são multifatoriais e atravessam dimensões geográficas, institucionais, sociais e econômicas. A redução dessas assimetrias demanda ações integradas de gestão, financiamento, formação profissional e organização das redes de atenção, de modo a assegurar que a diálise peritoneal se consolide como uma estratégia equitativa e acessível no cuidado às pessoas com doença renal crônica em todo o território nacional.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar criticamente a distância existente entre o discurso normativo e a prática assistencial no que se refere à diálise peritoneal no âmbito do Sistema Único de Saúde. A análise do arcabouço legal, das diretrizes ministeriais e das evidências científicas demonstrou que, embora a diálise peritoneal seja formalmente reconhecida como modalidade eficaz, segura e alinhada aos princípios do SUS, sua oferta permanece limitada e desigual, revelando fragilidades na efetivação das políticas públicas voltadas à atenção à pessoa com doença renal crônica.

Os resultados evidenciaram que o marco normativo brasileiro apresenta coerência com as recomendações internacionais e contempla aspectos fundamentais como a escolha compartilhada da

modalidade dialítica, o cuidado integral e a valorização do tratamento domiciliar. Contudo, na prática assistencial, observa-se a hegemonia da hemodiálise, frequentemente associada ao início tardio e não planejado da terapia renal substitutiva, o que restringe a autonomia do usuário e compromete a equidade do acesso à diálise peritoneal no sistema público.

A análise da diálise peritoneal enquanto estratégia de cuidado domiciliar destacou seu potencial para promover a humanização do cuidado, a descentralização da atenção e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, entraves de natureza organizacional, logística, educacional e cultural ainda limitam sua consolidação no SUS. Fragilidades na capacitação das equipes, dificuldades no fornecimento de insumos e insuficiente articulação entre os níveis de atenção configuram obstáculos recorrentes à efetivação do cuidado domiciliar.

Adicionalmente, o estudo evidenciou a existência de profundas desigualdades regionais e institucionais no acesso à diálise peritoneal, marcadas pela concentração de serviços especializados em grandes centros urbanos e pela heterogeneidade dos modelos de gestão adotados pelas instituições conveniadas ao SUS. Essas assimetrias refletem limites estruturais do sistema na operacionalização do princípio da equidade e reforçam a necessidade de estratégias de regionalização, financiamento adequado e fortalecimento das redes de atenção à saúde.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível que as políticas públicas avancem na normatização para a efetiva implementação da diálise peritoneal como alternativa terapêutica acessível e sustentável. Investimentos em educação permanente, fortalecimento do papel da atenção primária, valorização da atuação multiprofissional — com destaque para o enfermeiro — e aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação são estratégias fundamentais para reduzir o distanciamento entre o discurso e a prática no SUS.

Como sugestão para pesquisas futuras, recomenda-se a realização de estudos empíricos que analisem a experiência de usuários e profissionais de saúde com a diálise peritoneal no SUS, bem como investigações avaliativas sobre o impacto de estratégias de regionalização e de modelos de cuidado domiciliar na ampliação do acesso e na redução das desigualdades. Tais estudos podem contribuir para subsidiar decisões gestoras e fortalecer a diálise peritoneal como componente estratégico da atenção integral à pessoa com doença renal crônica no sistema público brasileiro.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Paulo Pereira de; ASSIS, Ana Helena Duarte; SOUZA, Edivaldo José de; NUNES, Nathália Lima; DINIZ, Yara Cristiane de Souza; SILVEIRA, Erika Queiroz Andrade; MORAIS, Heloísa Vieira Nogueira; FERREIRA, Gabriel Rodrigues de Araújo. Doença renal crônica no Brasil: uma análise do impacto no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2019 e 2021. *Revista Delos*, v. 17, n. 61, p. e2810, 2024. DOI: 10.55905/rdelosv17.n61-148.

ANDREOLI, Maria Cristina Cury; TOTOLI, Carolina; ROCHA, Daniela Rodrigues da; CAMPAGNARO, Leandro Siqueira. Peritoneal dialysis: why not? *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 45, n. 1, p. 1–2, 2023. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2023-E001en.

ARAÚJO, Danielly Emanuelle Monteiro; SOUZA, Camila Santana e. Quality of life of patients with end-stage chronic renal failure on peritoneal dialysis. *Scire Salutis*, v. 12, n. 1, p. 210–219, 2021. DOI: 10.6008/CBPC2236-9600.2022.001.0023.

BARBOSA, Mariane; MARCONDES, Renata Aparecida de Oliveira Lima; BATISTA, Tatiane dos Anjos; RAVAGNANI, Juliana Ferreira; RODRIGUES, Amanda Silva; MILAGRES, Camila Souza. Diálise peritoneal: como explicar a baixa adesão? *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 12, n. 37, p. 376–385, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.37.376-385.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – doença renal crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de diálise peritoneal para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da atenção às pessoas com doença renal crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.675, de 7 de junho de 2018. Atualiza as diretrizes da atenção especializada às pessoas com doença renal crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da doença renal crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

FERREIRA, Daniel Pereira. A importância da atenção em nefrologia no Sistema Único de Saúde (SUS). *Health Residencies Journal*, v. 4, n. 19, 2023. DOI: 10.51723/hrj.v4i19.876.

FRANCISCO, Daniela; CARNEVALE, André; ÁVILA, Gabriel; CALÇA, Ana Rita; MATIAS, Pedro; BRANCO, Pedro. Transitioning to peritoneal dialysis: it does not matter where you come from. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 46, n. 3, p. e20230139, 2024. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2023-0139en.

FRANKE, Eva Katharina; HINKEL, Ulrich Peter; ALBERT, Christian. Flow problems during implantation of a peritoneal dialysis catheter: building a capnoperitoneum using the peritoneal dialysis catheter. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 46, n. 3, p. e20230142, 2024. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2023-0142en.

PALMA, Luciana Maria Pereira; PENIDO, Maria Goretti Moreira Guimarães; BRESOLIN, Nádia Lúcia; TAVARES, Mariana de Souza; SYLVESTRE, Luiza; ANDRADE, Octávio Vicente Barreto de; BERNARDES, Renata de Paula; BANDEIRA, Maria de Fátima Souza; GARCIA, Claudio Delgado; KOCH, Vera Hermina Kalika; BELANGER, Vera Maria Santoro; UHLMANN, Andrea; SOEIRO, Elisa Maria Diniz; KAUFMAN, Aaron; ANDRADE, Mariana Campos de; SILVA, Rosane de Araújo Ramos Ferreira; CALICE-SILVA, Vanda; VIEIRA, Maria Alice; MEREGE NETO, Otávio Vieira. Pediatric peritoneal dialysis in Brazil: a discussion about sustainability. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 44, n. 4, p. 579–584, 2022. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2021-0245.

PILATTI, Michele; THEODOROVITZ, Vanessa Cristina; HILLE, Débora; SEVIGNANI, Guilherme; FERREIRA, Hugo Cavalcante; VIEIRA, Maria Alice; CALICE-SILVA, Vanda; FRANÇA, Paulo Henrique Cunha de. Urgent vs. planned peritoneal dialysis initiation: complications and outcomes in the first year of therapy. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 44, n. 4, p. 482–489, 2022. DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2021-0182.

PITALUGA, João Pedro de Godoy; SILVA, Lucas Henrique; MENDES, Rafaela Alves; COSTA, Ana Paula Ribeiro; SOUZA, Mariana Ferreira. Diálise peritoneal no Brasil: viabilidades e benefícios frente à hemodiálise. *Anais do Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar*, 2025.

PRETO, Leonel; ALMEIDA, Rafael dos Santos; COSTA, Juliana Martins; FERREIRA, Paula Cristina. Qualidade de vida em pacientes em hemodiálise versus diálise peritoneal. *Open Science Research*, v. 13, p. 182–191, 2023.

SILVA, Gabriel Santos; FREIRE, Luciana Beatriz de Vasconcelos. Avaliação de indicadores de qualidade em diálise peritoneal. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 30499–30514, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n6-302.