

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.



## PESQUISA

### Itinerário terapêutico e critérios para escolha da diálise peritoneal em pacientes com doença renal crônica

*The therapeutic itinerary and criterion for the choice of peritoneal dialysis from patients with chronic renal disease*

*El itinerario terapéutico y criterios para la elección de los pacientes en diálisis peritoneal con enfermedad renal crónica*

Jerry Schmitz<sup>1</sup>, Eli Regina Bolfe<sup>2</sup>, Welltyane Creicy da Silva Costa<sup>3</sup>

## RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda progressiva e irreversível da função renal. Seu tratamento consiste nas Terapias Renais Substitutivas (TRS), como a Diálise Peritoneal (DP) ou a Hemodiálise (HD). Este estudo é uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem exploratória, na qual se objetivou investigar o itinerário terapêutico e os critérios de escolha dos pacientes em uso da DP. Para coleta de dados, realizou-se uma entrevista com dez sujeitos que realizavam DP. Como resultado, a diabetes e a hipertensão foram as patologias mais frequentes. Entre os benefícios da DP, destacou-se a ausência de dor e do mal-estar, melhora do cansaço físico, da vida social e da imagem corporal. Confirma-se, assim, a importância da descoberta precoce da IRC, e ressalta-se que maiores orientações devem ser fornecidas aos pacientes acerca das opções de tratamento. **Descritores:** Insuficiência renal crônica. Diálise peritoneal. Cuidados de enfermagem.

## ABSTRACT

The renal chronic insufficiency (IRC) is the progressive and irreversible loss of the renal function. Its treatment consists of substitutive renal therapy (TRS), there are two types of treatment available, the peritoneal dialysis (DP) or the hemodialysis. This study is a qualitative, descriptive research with an exploratory approach in which there was the objective of investigating the therapeutic itinerary and the criterion of choice for the patients in case of having DP. For the collection of data, took place in the research interviews with 10 subjects that were under DP treatment. As the result the most frequent pathologies were diabetes and hypertension. Among the benefits of undergoing DP were absence of pain and discomfort, improvement in physical exhaustion, social life and self-image. It concluded the importance of the early diagnosis of the IRC condition and the better information that must be provided to the patient about the treatment. **Descriptors:** Chronic renal insufficiency. Peritoneal dialysis. Nurse care.

## RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) es una pérdida progresiva e irreversible de la función renal. El tratamiento consiste en terapias de reemplazo renal (RRT) como Diálisis Peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD). Este estudio es una investigación cualitativa, descriptiva con enfoque exploratorio, cuyo objetivo fue investigar el itinerario terapéutico y los criterios para la selección de los pacientes en DP. Para la recolección de datos se llevó a cabo una encuesta con diez sujetos que realizaron DP. Como resultado de la diabetes y la hipertensión fueron las patologías más frecuentes. Entre los efectos beneficiosos de relieve en la DP, esta la ausencia de dolor y el malestar, la mejora de la fatiga física, la vida social y la imagen corporal. Por lo que se confirma la importancia de la detección precoz de la ERC, y se hizo hincapié en que una mayor orientación se debe proporcionar a los pacientes sobre las opciones de tratamiento. **Descriptor:** Insuficiencia renal crónica. Diálisis peritoneal. Los cuidados de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Mestre em Saúde e gestão do trabalho (UNIVALI), especialista Em Nefrologia (UFRGS), Professor do Curso de Enfermagem (FURB). E-mail jerry@renalvida.org.br, Blumenau (SC). <sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem da Fundação Universidade Regional de Blumenau. <sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem da Fundação Universidade Regional de Blumenau.

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.

## INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é determinada pela perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais, e é caracterizada pelo acúmulo de escórias e produtos metabólicos (ureia, creatinina e toxinas) no organismo, promovendo desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, hipervolemia, entre outros, nos estágios mais adiantados da doença (PERES, 2010).

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) mostram que a IRC atinge 10% da população mundial e afeta pessoas de todas as idades e raças; dessa forma, ela é considerada um problema de saúde pública com importante aumento na incidência e prevalência. No ano de 2013, o total de pacientes em terapia renal substitutiva (TRS) foi de 100.397. Estima-se que, anualmente, 18.972 pacientes começam o tratamento dialítico (SBN, 2013).

As principais causas da IRC são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), glomerulonefrite crônica (GNC) e diabetes mellitus (DM) (ABRAHÃO et al., 2010). Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidiosa e, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática, o que dificulta seu diagnóstico. O tratamento da doença consiste nas terapias renais substitutivas, que são de escolha do próprio paciente junto à equipe médica e multidisciplinar, dependendo das suas condições clínicas (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010).

As TRS são representadas pela Hemodiálise (HD) e pela Diálise peritoneal (DP). Em particular, na DP, tem-se como modalidade de tratamento a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), a Diálise Peritoneal Automática (APD) e a Diálise Peritoneal Intermitente (DPI). O transplante renal também é uma opção de tratamento, contudo não se consegue suprir a demanda devido às altas taxas de novos casos relacionados à doação insuficiente de órgãos.

A TRS de interesse deste estudo é a diálise peritoneal, uma modalidade de diálise que acontece dentro do corpo do paciente, por meio do uso da membrana peritoneal (PERES, 2010). Mesmo a DP tendo a mesma eficácia que a hemodiálise e muitos benefícios, a prevalência de pacientes nesta modalidade, de acordo com a SBN, é pouco maior que 9,2% (SBN, 2011).

A DP é uma modalidade que pode ser realizada no domicílio do paciente, assim que o paciente e/ou cuidador forem capacitados, apoiados e supervisionados pela equipe de enfermagem, sobre as condições do domicílio, equipamentos, insumos e procedimentos para realização do procedimento.

A temática do trabalho a ser apresentado surgiu diante da curiosidade das pesquisadoras a respeito do tratamento da IRC, dando enfoque à terapêutica de DP e aos critérios de escolha do paciente para seleção de uma dessas modalidades de tratamento. Pretendeu-se ressaltar os motivos das escolhas e as orientações e informações que foram fornecidas aos pacientes e familiares.

Tendo em vista a necessidade de reflexões diante do paciente em uso de DP, esta pesquisa objetivou conhecer o itinerário terapêutico do paciente em DP e conhecer os critérios de escolha dos pacientes para o uso da DP.

## METODOLOGIA

A pesquisa em questão trata de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório e analítico. Segundo Gil (2002), a pesquisa exploratória promove a integralização dos assuntos, o descobrimento e a formação de ideias a respeito da temática pesquisada, sendo mais adequada para alcançar os objetivos deste estudo.

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.

Ela foi realizada através de uma clínica de referência para pacientes com IRC, localizada na cidade de Blumenau/SC. Esta clínica realiza acompanhamento dos pacientes em tratamento conservador, em DP e em HD, além de prestar assistência aos pacientes transplantados. Com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos nefrologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo, farmacêutico, assistente social, nutricionista e técnicos administrativos, no momento da coleta dos dados, ela atendia 145 pacientes em hemodiálise e 10 pacientes em DP, além dos atendimentos aos pacientes em tratamento conservador, pré e pós-transplantes.

A amostra da pesquisa consistiu-se em entrevistar os 10 pacientes que realizam DP como TRS. Os critérios de inclusão foram: 1) ser maior de 18 anos; 2) estar vinculado à clínica citada na pesquisa; 3) aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O contato com os sujeitos para este estudo foi efetuado via telefone, no qual foi elucidado o propósito da realização trabalho e o convite para participação dele. Posteriormente, as entrevistas foram agendadas com os pacientes, com respectivos horários e locais.

A coleta de dados aconteceu nos dias das consultas, em locais reservados, ou no domicílio do paciente. Com auxílio de um roteiro semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas de maneira criteriosa e integral, e então lidas atentamente com análise individual de cada fala, a fim de obter uma visão geral e específica dos relatos. Após esta leitura, os depoimentos e falas mais expressivos foram organizados em categorias e subcategorias, tendo como resultado os significados identificados atrelados aos objetivos. Após esta fase, os dados foram analisados e interpretados à luz do referencial utilizado.

Obedecendo aos princípios éticos, este estudo respeitou as determinações da Resolução CNS nº 466/2012 e foi submetido ao crivo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau (FURB), sendo aprovado sob número 1.552.078. Os sujeitos foram esclarecidos do teor do estudo e da segurança do anonimato e sigilo, bem como da possibilidade de desistência da pesquisa em qualquer momento e em qualquer fase da mesma, sem nenhum problema ou ônus. A coleta de dados foi iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para proteger a identidade dos sujeitos nesta pesquisa, eles foram chamados pela letra "R", de rins, em caixa alta, seguida de números de 1 a 10, que representam o número de sujeitos desta pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

### Caracterização dos sujeitos

Os participantes deste estudo foram 10 sujeitos pacientes com IRC, fazendo uso da modalidade de tratamento DP como TRS, vinculados ao serviço de referência. Observamos, a seguir, que a maioria dos pacientes (nove) estava na faixa etária entre 30 e 50 anos. De acordo com uma pesquisa com 64 pacientes com IRC, em Teresina (PI), 40,63% encontravam-se na faixa de etária de 40 a 59 anos (MELO, 2014), coincidindo com a faixa populacional dos economicamente ativos. De acordo com observações realizadas em campo de estágio, notou-se que a necessidade de tratamento dialítico prejudica o desempenho profissional, forçando o indivíduo a deixar de trabalhar, o que afeta toda sua situação econômica e social. Quanto ao sexo, houve predominância do sexo feminino em nove dos dez pacientes.

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.

Dos sujeitos, oito são casados. De acordo com Melo (2014), em uma amostra de 64 pacientes com IRC, 64,06% são casados. O que auxilia na maior aceitação e adaptação ao tratamento, já que a DP requer a participação e o apoio da

família. A maioria dos sujeitos reside no município de Blumenau, tornando o deslocamento mais acessível.

**Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos.**

<i>Sujeitos</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Doença de base</i>	<i>Tempo TRS</i>	<i>Tempo em DP</i>	<i>Sexo</i>	<i>Cidade</i>
01	41	Casada	Diabetes	7 meses	7 meses	Feminino	Blumenau
02	58	Casada	Diabetes	2 anos	2 anos	Feminino	Blumenau
03	63	Solteira	Hipertensão Arterial	3 anos	2 meses	Feminino	Blumenau
04	43	Casado	Síndrome nefrótica por lesão mínima.	8 anos	4 anos	Masculino	Videira/SC
05	48	Solteira	Hipertensão Arterial e Meningite	2 anos	2 anos	Feminino	Pomerode/SC
06	68	Viúva	Hipertensão Arterial	14 anos	1 ano	Feminino	Blumenau
07	71	Viúva	Hipertensão Arterial	6 anos	10 meses	Feminino	Blumenau
08	33	Solteira	Lúpus	9 anos	2 anos	Feminino	Blumenau
09	24	Solteira	Esclerose Tuberosa	1 ano 10 meses	1 ano e 10 meses	Feminino	Rio do Sul/SC
10	42	Casada	Sem Patologia	15 dias	15 dias	Feminino	Blumenau

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Das doenças de bases apresentadas pelos pesquisados, quatro (R3, R5, R6 e R7) relataram ter hipertensão arterial, e dois (R1 e R2) têm diabetes mellitus, e ambos antes da descoberta da IRC. A nefropatia diabética acomete de 30% a 40 % dos indivíduos com diabetes mellitus tipo 1, e de 10% a 40% no tipo 2. O aumento progressivo da excreção de albumina urinária e a queda da taxa de filtração glomerular faz com essa patologia seja a maior causa de insuficiência renal terminal no mundo (MOREIRA et al., 2008).

A hipertensão arterial associada ou não à nefropatia diabética é uma das principais causas da IRC, o aumento da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRA), a sobrecarga salina e de volume e a disfunção endotelial resultam na perda progressiva da função excretora dos rins. Conseqüentemente, há um aumento ainda maior da pressão arterial (BORTOLOTTI, 2008). Nos demais casos, um dos sujeitos (R8) R. Interd. v. 11, n. 2, p. 17-27, abr. mai. jun. 2018

apresentava lúpus, um (R9) tinha esclerose tuberosa, um (R5) teve meningite quando criança e outro (R4) tinha síndrome nefrótica por lesão mínima.

Quando se trata dos sinais e sintomas da IRC, caracterizam-se por ser silenciosos. Quatro dos dez pacientes não realizaram nenhum tratamento conservador, quando a doença foi descoberta já estava em seu estágio final, evoluindo para a TRS. Neste momento, destaca-se a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) no controle das doenças de risco para IRC, na observação dos sinais e sintomas precoces indicativos da patologia e, conseqüentemente, na prevenção da doença (SBN, 2011).

### **Itinerário terapêutico**

A IRC atinge todas as idades, independente de raça, sexo, classe social e etnias. Cerca de 10% da população mundial é portadora da IRC, e

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S. destes, 70% descobrem a doença tardiamente (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). O presente estudo mostra que cinco dos sujeitos (R1, R2, R3, R6 e R10) não realizaram nenhum tratamento conservador devido ao diagnóstico tardio da doença, tendo que iniciar a TRS, em alguns casos, de forma imediata, o que gerou um impacto na vida destes pacientes, devido à mudança de vida repentina e, conseqüentemente, uma fragilidade emocional.

Um dos sujeitos deste estudo, de 54 anos de idade, diagnosticada com a doença aos 40 anos, no estágio final, relatou:

“Um dia em casa eu comecei com febre e vomitar, fui para a emergência e me internaram. O doutor disse que meu problema era rim, aí eu operei e tirei o rim seco e ficou o outro, mas ele me disse que eu ia fazer hemodiálise”. (Sujeito R6).

Trata-se de uma doença de curso prolongado, insidiosa e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática, o que dificulta seu diagnóstico (BASTOS; BREGMAN; KIRSZTAJN, 2010). A descoberta e o encaminhamento precoce são fundamentais para barrar a evolução da doença. Segundo Bastos e Kirsztajn (2011), evidencia-se a importância do encaminhamento precoce após a descoberta da doença, ajudando no tratamento das causas que são reversíveis à insuficiência renal.

Com relação ao encaminhamento dos sujeitos da pesquisa, oito deles (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9 e R10) tiveram seu encaminhamento ambulatorial na Rede de Atenção Básica para investigação dos sintomas apresentados, ou por causa dos tratamentos com as doenças de bases, como diabetes e hipertensão. A paciente R7 descobriu a doença após dar entrada via pronto socorro de um hospital, e a paciente R6 estava realizando exames com outras especialidades. Uma das pacientes, diabética há 20 anos, diagnosticada com IRC há dois anos, desde então

em uso da modalidade de DP, sobre o diagnóstico, segue relato de seu marido:

“Ela sempre estava com pé inchado. Ela tem diabetes há 20 anos, sempre procuramos o médico que sempre encaminhou para outros especialistas porque desconfiavam que tivessem alguma relação com a diabetes. Até que a creatinina começou a subir, enviaram ela para o hospital onde diagnosticaram IRC em estágio final. Foi encaminhada para clínica, onde recebeu a notícia que tinha que fazer diálise” (Sujeito R2).

Após o diagnóstico da IRC, dar início ao tratamento é essencial. Como já explicitado acima, no corpo do texto, cinco dos sujeitos (R4, R5, R7, R8 e R9) da pesquisa realizaram o tratamento conservador antes de iniciar a TRS, e os demais iniciaram direto nas modalidades de tratamento, como a DP e a HD. Segundo Bastos, Bregman e Kirsztajn (2010), o tratamento da doença consiste nas TRS, que são de escolha do próprio paciente, junto à equipe médica e multidisciplinar, dependendo das suas condições clínicas.

A respeito do tipo de modalidade de tratamento dos sujeitos da pesquisa, cinco deles iniciaram na DP (R1, R2, R5, R9 e R10) e cinco na HD (R3, R4, R6, R7 e R8). Dos cinco sujeitos que iniciaram na DP, três deles (R1, R2 e R10) deram início à modalidade por opção, e dois (R5 e R9) deles apresentavam alguma patologia que o impediam de realizar a HD usando a DP como segunda escolha de tratamento. As figuras a seguir exemplificam o itinerário terapêutico dos pacientes participantes da pesquisa:

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.

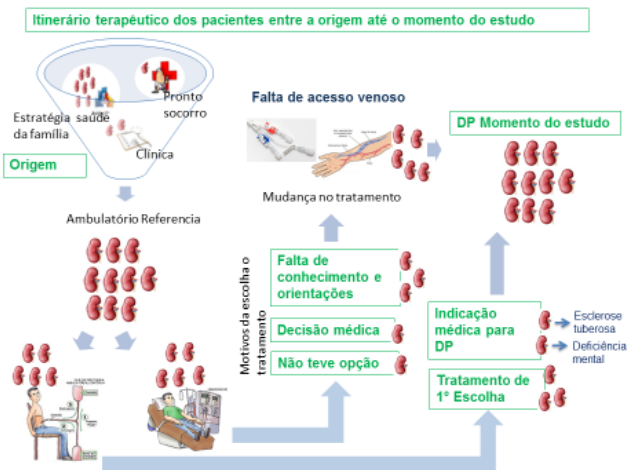


Figura 1. Itinerário terapêutico dos pacientes no momento do estudo. Fonte: Pesquisa direta, 2016.

O sujeito R9 apresenta *esclerose tuberosa desde que nasceu, e deu início à DP em 2015, conforme o depoimento de sua mãe: “Na verdade, foi o pediatra dela quem recomendou a diálise peritoneal. Ele disse que pela fragilidade dela ele achou melhor ela fazer peritoneal”*. O sujeito R10 que recebeu do seu médico a DP como tratamento dialítico de primeira escolha: *“Ele disse para mim: você vai fazer diálise. Eu já sabia como era, porque fiz em minha sogra por 10 anos. Sei que é melhor que a HD”*.

O depoimento entra em conflito com a literatura, visto que a decisão da escolha do tipo de tratamento dialítico deve ser do paciente junto ao seu médico e à equipe multidisciplinar, como já explicitado em seções anteriores (BRASIL, 2014). Devido a um momento de fragilidade emocional, muitas vezes, essa escolha não parte do paciente, seu tratamento é designado por algum profissional da saúde diretamente ligado ao cuidado de pacientes com IRC.

De acordo com um estudo realizado em pacientes com IRC, no município de Pelotas/RS, com a amostra de 317 sujeitos, sendo que 60 destes estavam em uso da modalidade de DP, e 257 em HD como TRS. O estudo mostra que o profissional médico tomou a decisão sobre o tipo de TRS em 54,2% e 83,5% dos casos, respectivamente, entre os pacientes em uso de DP e HD (RAMOS et al., 2014).

Ainda a respeito da escolha do tipo de tratamento, dos cinco sujeitos que iniciaram na HD, três deles (R3, R4 e R6) relataram falta de conhecimento e orientação sobre outro tipo de tratamento. Um dos sujeitos (R8) relatou que não lhe foram dadas opções para o tratamento, e o outro (R7) relatou que a decisão do seu tratamento foi do profissional médico.

O sujeito R4 foi diagnosticado com a doença aos 23 anos, com síndrome nefrótica por lesão mínima. Ele realizou tratamento conservador por quatro anos; depois, HD por oito anos e está em DP há quatro anos. Quando questionado sobre a escolha inicial do tratamento dialítico, relatou:

“Eu já tinha ouvido falar da DP, mais não que alguém tivesse me explicado lá na clínica. Quando eu vi já estava com cateter de HD daí eu perdi a fístula. Como eu já tinha ouvido falar e, tinha uma consulta com a doutora, aí eu disse que queria saber sobre a diálise peritoneal daí eu já falei com a enfermeira que me mostrou e eu já implantei o cateter e já comecei” (Sujeito R4).

A modalidade de DP como tratamento dialítico foi evidenciada em cinco dos sujeitos (R3, R4, R6, R7 e R8) como tratamento de segunda escolha. A troca de modalidade do tratamento dialítico, no caso da HD para DP, pode ser traumática por gerar mais um processo de mudança na vida do indivíduo. Os cinco sujeitos (R3, R4, R6, R7 e R8) que iniciaram na HD e que realizaram a troca para DP relataram algum tipo de problema no tratamento anterior que sucedeu a troca de modalidade.

Dentre os problemas relatados, a falta de acesso, os problemas na fístula e a prótese vascular que não deu mais certo foram os mais pontuados. Diante do questionamento sobre a troca de modalidade de tratamento dialítico, o entrevistado expressou:

“Ela fazia fístula e não funcionava, ela fez em todos os lugares possíveis. Ela fez no

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.  
 pescoço fez no braço até que não tinha mais lugar, colocaram uma prótese na perna mais também não funcionou por muito tempo” (Sujeito R3).

Sobre o mesmo tema, R7 relatou que *“Colocaram o cateter e depois colocaram a fistula que não deu certo, depois fizeram no outro braço e o médico costurou meu nervo junto, eu sentia dores horríveis”*.

Os depoimentos de R3 e R7, quando falam, respectivamente: *“fazia fistula e não funcionava”* e *“colocaram o cateter depois colocaram a fistula que não deu certo”*, indicam, segundo Rios (2009), que o acesso vascular é essencial para a realização da HD, o qual pode ser permanente (fístula) ou temporário, por algumas horas ou meses (catéter). As complicações correlacionadas com o acesso vascular são responsáveis por 20 a 25% das internações de pacientes com IRC.

Além dos problemas com o acesso vascular de pacientes em HD, quatro dos pacientes (R3, R4, R6 e R8) que estavam em uso desta modalidade relataram algumas queixas durante o processo de realização da HD. Conforme a irmã do sujeito R3 relatou, diante do questionamento sobre os benefícios e malefícios da HD:

*“Ela sofria muito para fazer aquela diálise lá da clínica, 3 horas naquela cadeira [...] saía com pressão altíssima, [...] saía mal, dificilmente ela saía bem [...], e ainda que ela só fazia três horas. Ela sempre saía ruim sempre saía mal, com ânsia de vômito sem contar as dores, dores nas costas porque não podia se mover e a dificuldade com aquele cateter. Era complicado”* (Irmã do sujeito R3).

De acordo com o depoimento do sujeito R3, realizamos comparações com uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, com a análise de 62 prontuários de pacientes com diagnósticos de IRA, que apresentaram complicações durante as sessões de HD. De 618 sessões realizadas pelos pacientes, 282 apresentaram complicações: a hipotensão ocorreu em 35% das sessões; hipotermia, em 29%; falta de fluxo do acesso R. Interd. v. 11, n. 2, p. 17-27, abr. mai. jun. 2018

vascular, 24,1%; coagulação do sistema ou filtro, 18,7%; material extracorpóreo com irregularidade, 7,4%; e arritmias cardíacas, 5,6% (SILVA; THOME, 2009).

### Processo Adaptativo

A palavra adaptação refere-se às atribuições que uma pessoa realiza para que consiga integrar-se ao ambiente em que vive, sendo essa uma forma de aumentar as suas chances de sobrevivência. Em psicologia, segundo Conceição (2016), *“A adaptação diz respeito à funcionalidade do indivíduo e a sua capacidade de ajustamento aos diferentes desafios e circunstâncias da vida”*.

O ser humano expressa resistência às mudanças, pois estabelece para si uma zona de conforto que se constitui como um mecanismo de defesa. Conforme Roy e Andrews (2001, p. 20)

O termo adaptável é um conceito integral nos pressupostos científicos subjacentes ao modelo e significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar, efetivamente, às mudanças no meio ambiente, por sua vez, afeta o meio ambiente.

Para todos os sujeitos desta pesquisa em uso da modalidade de DP, o processo de adaptação fez-se necessário no momento que receberam a notícia para o início da TRS. Os cinco sujeitos (R3, R4, R6, R7 e R8) que iniciaram na HD e migraram para a DP tiveram que passar por um novo processo de adaptação com a mudança da modalidade de tratamento.

Considerando que, para a realização da modalidade de DP, tornou-se necessária a adaptação de um local no domicílio do paciente, o qual fosse compatível com as necessidades da modalidade, sendo solicitada ao paciente pela enfermeira da clínica renal à qual ele encontra-se vinculado.

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S.

Dos dez pacientes entrevistados na pesquisa, todos relataram que a adaptação da casa para realização do procedimento não foi de grande relevância, conforme exemplificado no relato da paciente R7: “*Não foi difícil, limpamos tudo e fizemos como eles ensinaram*”. Em outros relatos, observou-se que a existência de um quarto com banheiro facilitou a adaptação para a realização do procedimento: “*Não foi difícil, porque eu tenho banheiro no meu quarto, daí ficou fácil*” (R9). Notou-se que, dos participantes da pesquisa, seis sujeitos (R1, R2, R3, R5, R7 e R10) realizavam CAPD como modalidade de DP, por isso julga-se que a existência de um ambiente com banheiro torna-se um item facilitador para a realização do procedimento.

Todo paciente, ao ingressar na DP, recebe, junto ao familiar, um treinamento referente à modalidade de TRS que receberá. A enfermeira da clínica vinculada à pesquisa organiza esse treinamento, que aborda teoria e prática, explicando os conceitos e as rotinas referentes ao procedimento a ser realizado. Este item foi evidenciado nas entrevistas realizadas:

“Eles deram orientações, nós participamos no cursinho lá na clínica, a gente fez teoria, fez prática e depois ela me mostrou tudo direitinho, enquanto ela [paciente] fazia a outra normal [HD] eu ia aprendendo lá em cima a outra [DP], aí, quando eles viram que a gente estava preparada [...] liberaram ela da clínica para fazer em casa” (Irmã do sujeito R3).

Ainda, sobre a realização do procedimento, observou-se que dos dez pacientes participantes da pesquisa, cinco (R1, R4, R6, R8, R10) eram responsáveis pela realização do procedimento da DP. Contudo, cinco dos sujeitos, (R2, R3, R5, R7 e R9) dependiam de outra pessoa para realizar o procedimento.

Para que ocorra uma assistência de qualidade, tanto para os pacientes que realizam o autocuidado quanto para aqueles que necessitam de ajuda, faz-se necessária a atuação da

enfermeira nas orientações para a realização do procedimento. Portanto, o desempenho da enfermeira é importante na orientação do paciente em DP para que ele alcance a independência nas ações de autocuidado, prezando pela qualidade de vida.

Considerando que cinco dos pacientes (R3, R4, R6, R7 e R8) realizavam HD anteriormente à DP, julga-se que estes pacientes deveriam ter recebido, pela equipe de enfermagem da HD, informações acerca de outras modalidades de TRS, o que inclui a DP, e assim poderiam ter a opção de escolha do tratamento dialítico.

Mesmo com as orientações da enfermagem e o cuidado dos pacientes e familiares para realização da DP, podem acontecer complicações decorrentes do procedimento. A peritonite é a principal complicação preocupante encontrada na modalidade de DP, sendo registrada como a principal causa de óbitos nestes pacientes (LOBO et al., 2010).

O principal agente causador dessa infecção é a bactéria *Staphylococcus aureus* (PERES et al., 2011), do grupo dos cocos gran positivos, e está presente na pele e nas fossas nasais dos indivíduos saudáveis, tornando-se oportunista em sítios propícios à sua replicação. Segundo Pajek et al. (2011 apud PERES et al., 2011), os critérios que levam ao diagnóstico de peritonite são, pelo menos, duas das seguintes: 1) sinais e sintomas de irritação peritoneal (dor); 2) efluente turvo; 3) contagem de leucócitos maior que  $100/\text{mm}^3$  e/ou cultura positiva do fluido da diálise.

Nessa direção, evidenciou-se, mais uma vez, o olhar holístico do profissional enfermeiro no acompanhamento desses pacientes, promovendo a melhoria da qualidade da DP e fortalecendo as informações de prevenção dos episódios de peritonite, além de ampliar a concepção de autocuidado. Os dados coletados dos pacientes desta pesquisa demonstraram que, dos dez pacientes participantes da pesquisa, dois dos

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S. sujeitos (R1 e R5) apresentaram uma peritonite durante o tratamento da IRC, sendo que o sujeito R1 apresentou o quadro antes da realização do procedimento, ou seja, após a implantação do cateter, o que caracteriza infecção hospitalar, já que o cateter foi implantado em ambiente de saúde.

Para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em DP, o enfermeiro necessita promover a autonomia dos pacientes. Nessa terapêutica, o paciente é o protagonista responsável por exercer os cuidados essenciais à sua sobrevivência. Além da teoria adaptativa de Roy, o enfermeiro pode basear-se na teoria do autocuidado de Oren para elucidar a assistência ao paciente acerca da TRS escolhida. “O autocuidado é a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo, desempenhando atividades em seu próprio benefício, para manter a vida, a saúde, o bem-estar próprio” (SANTOS et al., 2011).

Levando em consideração que, nesta pesquisa, a metade dos pacientes (R1, R4, R6, R8 e R10) executa o procedimento de DP sozinhos, sem a ajuda de outros, faz-se necessário que este tenha o máximo de informações possíveis, para que o procedimento tenha o sucesso esperado. Ações de autocuidado foram encontradas em todas as falas dos pacientes entrevistados, conforme exemplo da paciente R6, quando questionada sobre a realização do procedimento: “*Eu mesma faço, eu aprendi e meu filho fez cartazes e colou na parede. Daí é só seguir o passo a passo*”.

Oren, em sua teoria, ressalta que, quando a demanda terapêutica excede a capacidade do indivíduo, existirá um déficit do autocuidado, caracterizando-se a atuação da enfermagem Santos, Rocha e Berardinelli (2011). No contexto terapêutico da IRC, o paciente em DP é o responsável pelos cuidados e pela realização da técnica correta do procedimento.

Notou-se que todos os pacientes participantes da pesquisa, em algum momento, necessitaram do apoio, seja ele físico ou emocional, da família. O fato de esses pacientes terem passado por uma longa trajetória terapêutica, por serem portadores de uma patologia prévia e terem advindo de outra modalidade de TRS, faz com que eles necessitem de um apoio, seja de alguém da família ou de alguém que possa ser considerado como cuidador deste paciente. Desse modo, pode-se salientar a fundamental importância da participação da família, quanto ao seu papel de apoio e assistência ao indivíduo com DRC.

Levando em consideração as limitações que a IRC pode acarretar ao paciente, como mudança do estilo de vida, isolamento social, impossibilidade de locomoção, necessidade de adaptação, alterações da imagem corporal e sentimentos ambíguos acerca da vida e da morte, observou-se nos relatos dos entrevistados que, após o início da DP, ocorreram melhorias na qualidade de vida, conforme exemplificado na voz da paciente R7: “*Melhorou tudo. Hoje me sinto bem, estou mais disposta, tenho mais apetite, faço minhas coisas da casa, minha comida*”. E, ainda, quando questionado sobre as atividades diárias, R5 relata que prefere fazer a DP à noite e, durante o dia, executar suas atividades: “*Eu trabalho em um posto de gasolina no caixa, e faço DP na máquina cicladora à noite, bem melhor*”.

Dentre as TRS disponíveis atualmente, a DP destaca-se pela opção que o paciente tem em realizá-la no domicílio, além da possibilidade de flexibilidade de horários, podendo o paciente gerenciá-los a fim de estruturar sua rotina diária, o que se percebe no relato da paciente R1, quando fala: “*Saio muito com meu marido e amigos, fazemos muitas coisas aqui em casa [...] sempre viajo para casa da minha irmã, levo as bolsas e faço as trocas lá*”; também, no relato de R3, que afirma: “*Sem sombra de dúvidas em*

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S. *matéria de conforto eu fico com a DP*". Ainda, R7 afirma que: "A DP é melhor porque na HD eu não podia sair, não tem como" e finalizando com o relato do Paciente R10 quando diz que "Eu tenho um restaurante, então para mim a DP é melhor".

Por isso, o papel da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente em IRC deveria ser proporcionar o seu bem-estar, visto que a doença por si só ocasiona certas limitações e, portanto, atender as demandas de cada paciente seria um critério primordial para garantir a qualidade de vida desses pacientes.

## CONCLUSÃO

A descoberta de uma doença crônica gera um impacto muito grande na vida de um indivíduo, podendo acarretar revolta pelo seu diagnóstico, não aceitação da doença e até depressão pela mudança do estado de saúde. O apoio dos familiares e das equipes de saúde é fundamental nesse momento tão delicado na vida do paciente. O presente trabalho buscou conhecer a trajetória de vida do paciente com IRC em uso da modalidade de DP, bem como conhecer suas dificuldades, adaptações e limitações causada pela doença renal.

Tomar conhecimento da história de vida desses 10 pacientes com IRC foi uma experiência surpreendente e, ao mesmo tempo, entristecedora. Baseado nos relatos dos entrevistados, o tratamento da IRC é delicado e de extrema importância, visto que a vida do paciente depende do sucesso dele.

Como já citado no corpo do texto, o tipo de tratamento é de escolha do paciente, junto à equipe de saúde. No decorrer do trabalho, ficou evidenciado que isso não acontece integralmente. A falta de informações e conhecimento sobre os tipos de tratamento foi encontrada em vários relatos dos entrevistados. A enfermagem tem um

papel importante diante da escolha do paciente sobre as modalidades de HD e DP, podendo fornecer informações e orientações sobre cada uma delas. A fim de oferecer mais segurança para o paciente sobre a escolha do tratamento e evitar um processo de mudança traumatizante e desnecessário para ele quando ocorre a falha no tratamento.

De acordo com a escolha do tratamento, conclui-se que os pacientes que iniciaram na DP não demonstraram fragilidade emocional e física decorrente do tratamento; por sua vez, os pacientes que iniciaram na HD apresentavam uma vulnerabilidade física evidente, resultado de anos de tratamento com tentativas frustradas de obtenção de acesso venoso; extrema restrição de líquido, longas sessões de HD, nas quais a maioria dos entrevistados relatou que sentia dores, mal-estar e cansaço durante e após as sessões; como também a limitação de uma vida social devido às longas sessões de HD por três ou quatro vezes na semana.

Quando ocorre uma mudança de tratamento, como aconteceu com alguns dos entrevistados, que realizavam HD e tiveram a necessidade de alterar o tratamento para DP, devido à falha na modalidade anterior, há um processo de mudança no qual todos os entrevistados nesta situação relataram sentir medo pela falta de conhecimento da nova modalidade e frustração pela anterior ter falhado. Isto posto, o processo adaptativo é delicado e requer um acompanhamento eficaz para o sucesso do novo tratamento.

Levando-se em consideração os objetivos proposto neste trabalho e, em virtude dos aspectos apresentados, observados e analisados podemos concluir que os mesmos foram alcançados. O que almejamos com o resultado deste estudo, é que ele possa oferecer subsídios a equipe multiprofissional em especial aos enfermeiros que atuam com pacientes renais

Schmitz, J.; Bolfe, E.R.; Costa, W.C.S. crônicos, para que possam ampliar as ações destinadas aos pacientes em TRS, e, que isso reflita na melhoria da assistência prestada durante a terapia de diálise peritoneal.

## REFERÊNCIA

ABRAHÃO, S. S. et al. Estudo descritivo sobre a prática da diálise peritoneal em domicílio. **J. Bras. Nefrol.**, v. 32, n. 1, p. 45-50, 2010.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos a diálise. **J. Bras. Nefrol.**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011.

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M. Frequentemente grave, mas também prevenível e tratável. **Revs. Assoc. Bras.**, v. 56, n. 2, p. 48-53, 2010.

BORDINHÃO, R. C.; ALMEIDA, M. A. Instrumento de coleta de dados para pacientes críticos fundamentado no modelo das necessidades humanas básicas de horta. **Rev. Gaúcha. Enferm.**, v. 33, n. 2, 2012.

BORTOLOTTI, L. A. Hipertensão arterial e insuficiência renal crônica. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 15, n. 3, p. 152-155, 2008.

BRASIL. Resolução - RDC nº 11, de 13 de março de 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Disponível em: <<http://campany.com.br/wp-content/uploads/2012/11/RDC-N-11-2014.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2016.

CONCEIÇÃO, C. V. Adaptação (Psicologia). 2016. Disponível em: <<http://know.net/ciencsocioishuman/psicologia/adaptacao-psicologia/>>. Acesso em: 02 out. 2016.

FERREIRA, R. C.; FILHO, C. R. S. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J. Bras. Nefro**, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LOBO, J.V.D. et al. Preditores de peritonite em pacientes em um programa de diálise peritoneal.

R. Interd. v. 11, n. 2, p. 17-27, abr. mai. jun. 2018

**J. Bras. Nefrol. UFS.**, Aracaju, SE, v. 2, p. 156-164, jan. 2010.

MOREIRA, G. M. et al. Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial e doença renal e suas limitações. **Rev. Bras Hipertens.**, v. 15, n. 2, p. 111-116, 2008.

MELO.F.W, BEZERRA.A.L.D, SOUZA.M.N.A. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo qualitativo. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p.142-156, jul./dez. 2014.

PERES, L.A.B. et al. Peritonites em diálise peritoneal contínua. **Rev. Bras. Clin. Med. UNIOESTE**, São Paulo, SP, v. 5, p. 350-353, set./out. 2011.

RAMOS, E. C. C. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. Universidade Federal de Pelotas. **J. Bras. Nefro.**, v. 37, n. 3, p. 297-305, 2014.

RIOS, D. R. A. **Estudo de Biomarcadores de Trombose do Acesso Vascular em Pacientes sob Hemodiálise**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da Enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidade de orientação de enfermagem para o autocuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, p. 31-38, jan/mar. 2011.

SILVA, G. L. D.; THOME, E. G. R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 33-9, mar. 2009.

**Submissão: 11/09/2017**

**Aprovação: 30/01/2018**