



**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PACIENTE RENAL CRÔNICO EM
TRATAMENTO CONSERVADOR SOBRE MODALIDADES DIALÍTICAS**
**EVALUATION OF THE KNOWLEDGE OF CHRONIC RENAL PATIENTS IN CONSERVATIVE
TREATMENT ABOUT DIALYTIC MODALITIES**
**EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE RENAL CRÓNICO EN TRATAMIENTO
CONSERVADOR SOBRE MODALIDADES DIALÍTICAS**

*Renata Laís Gouveia Santos¹, Diego Rafael Ferreira de Oliveira², Marília Gabrielle Santos Nunes³,
Rodrigo Moraes Pereira Barbosa⁴, Viviane de Araujo Gouveia⁵*

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento do paciente renal crônico em tratamento sobre as modalidades dialíticas e terapias substitutivas. **Método:** estudo descritivo, transversal, realizado em um ambulatório de nefrologia de um hospital do Recife/PE com 80 pacientes submetidos ao tratamento conservador. A coleta foi realizada no período de julho e agosto de 2013. Os dados foram analisados no software SPSS 18.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE nº 17403113.8.0000.5200. **Resultados:** houve predominância de 52,5% com nível de conhecimento restrito e insuficiente quanto aos saberes sobre a doença; 32,5% responderam corretamente sobre o tratamento conservador; e 41,25% sabiam que a doença renal crônica é uma doença sem cura. **Conclusão:** os resultados mostraram conhecimento insuficiente pela maior parte dos participantes, sendo necessária a atuação do profissional da saúde promovendo a abordagem interdisciplinar englobando medidas de educação em saúde. **Descritores:** Conhecimento; Diálise; Nefropatias; Terapêutica.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the knowledge of patient chronic kidney in treatment about dialytic modalities and substituted therapies. **Method:** descriptive and cross-sectional study performed in an outpatient clinic of Nephrology of a hospital in Recife/PE, with 80 patients submitted to conservative treatment. The data collection was held in the period of July and August 2013. The data were analyzed in SPSS 18.0 software. The research was approved by the Ethics Committee in Research, CAAE number 17403113.8.0000.5200. **Results:** there was a predominance of 52.5% with restricted and insufficient knowledge about the disease; 32.5% responded correctly about conservative treatment; and 41.25% know that chronic kidney disease is a disease without a cure. **Conclusion:** the results showed insufficient knowledge by most participants, requiring the expertise of health professionals promoting the interdisciplinary approach encompassing health education measures. **Descriptors:** Knowledge; Dialysis; Kidney Diseases; Therapy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento del paciente renal crónico en tratamiento sobre las modalidades dialíticas y terapias sustitutivas. **Método:** estudio descriptivo transversal realizado en un ambulatorio de nefrología de un hospital de Recife/PE, con 80 pacientes sometidos al tratamiento conservador. La recolección de datos fue realizada en el período de julio y agosto de 2013. Os datos fueron analizados en el software SPSS 18.0. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, CAAE: 17403113.8.0000.5200. **Resultados:** hubo predominancia de 52,5% con nivel de conocimiento restrito e insuficiente sobre la enfermedad; 32,5% respondieron correctamente sobre el tratamiento conservador; 41,25% saben que la enfermedad renal crónica es una enfermedad sin cura. **Conclusión:** los resultados mostraron conocimiento insuficiente por la mayor parte de los participantes, siendo necesaria la actuación del profesional de la salud promoviendo el enfoque interdisciplinar englobando medidas de educación en salud. **Descriptores:** Conocimiento; Diálisis; Nefropatías; Terapêutica.

¹Enfermeira egressa, Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória/UFPE/CAV. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: renatinhalais@hotmail.com; ²Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória/UFPE/CAV. Vitória de Santo Antão (PE), Brasil. E-mail: bio_diegorafael@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva/PPGISC, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: marilia_gabrielle170@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Mestre em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas / Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Pernambuco/FCM/ICB. Recife (PE), Brasil. E-mail: rudrigompb@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória/UFPE/CAV. Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: vivi_gouveia@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é conceituada como síndrome progressiva e irreversível das funções endócrinas, tubular e glomerular dos rins e tem como característica principal a diminuição do filtrado glomerular ($>60\text{ml/min/1,73m}^2$) durante um período de três meses ou mais. E a partir daí, os rins se tornam incapazes de manter seu equilíbrio hidroeletrólítico e metabólico. Na fase inicial, apresenta-se assintomática devido a uma adaptação do organismo, porém nas fases tardias, os sintomas se tornam persistentes e intensos.¹

Dentre as causas de DRC, estão as doenças renais primárias que são as glomerulonefrites, doenças obstrutivas e doenças sistêmicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, gota, doenças autoimunes), doenças hereditárias e malformações congênitas.²

A DRC se encontra atualmente como doença de alta morbidade e mortalidade, com aumento progressivo da incidência e prevalência na população. Estas taxas variam a depender do grau de desenvolvimento das regiões, pois as condições socioeconômicas, demográficas e ambientais influenciam na determinação dessas variáveis.³ No Brasil, alerta-se para o persistente aumento nas taxas de prevalência e incidência nos últimos anos de pacientes em terapia renal substitutivo (TRS).⁴ Contudo, não há publicações nacionais relevantes quanto aos dados epidemiológicos de pacientes com DRC em período pré-dialítico, o que evidencia uma subnotificação dos dados reais e de óbitos, principalmente nas regiões menos desenvolvidas.² E isso é comprovado, pois a incidência de novos pacientes em tratamento dialítico cresce cerca de 8% ao ano.⁵

Pesquisas epidemiológicas têm apontado como principais causas da DRC terminal a diabetes mellitus (DM) (27,1%) e a nefrosclerose (22,3%).⁵ Sua prevalência vem aumentando mundialmente e os fatores para este crescimento têm sido a incidência crescente de casos de diabetes mellitus e hipertensão arterial.⁶

Ressalta-se a DM e a hipertensão arterial como doenças modernas que acometem principalmente adultos jovens e de meia idade, os quais podem viver algum tempo sem as sintomatologias, embora haja o comprometimento de alguns órgãos, e essas doenças são as que preocupam os profissionais da saúde em nefrologia no âmbito da prevenção e controle da DRC, pois a falta de informação e o tratamento inadequado faz parte da realidade da população.⁷

O tratamento de DRC vai depender de como a doença vai evoluir, podendo ser conservador, com uso de medicamentos, dietético ou restrição hídrica. Quando esse tratamento torna-se insuficiente para manter os níveis metabólicos e hidroeletrólíticos, faz-se necessário iniciar a diálise que substitui, em parte, a função dos rins ou o transplante renal.¹ O tratamento conservador (TC) tem como objetivo auxiliar na redução do ritmo da progressão da doença renal, utilizando-se de orientações dietéticas com a finalidade de promover um estado nutricional adequado, controle da sintomatologia urêmica e distúrbios metabólicos.⁸ O tratamento medicamentoso objetiva o controle das doenças crônicas instaladas, bem como a correção de distúrbios metabólicos e urêmicos. A restrição hídrica pode ser necessária para aqueles pacientes que durante as fases de redução na taxa de filtração glomerular apresentam diminuição do volume de diurese produzido.⁹ Com o início do TC ou TRS, os sinais e sintomas tendem a diminuir ou desaparecer.¹

O TC e a TRS fundamentam-se na melhora da qualidade de vida dos pacientes, resgate do bem-estar físico, capacidade cognitiva, além de manter a inserção no contexto social. Entretanto, esbarra nas alterações da vida diária que o tratamento dialítico desencadeia, no desempenho dos seus papéis sociais e aspectos psicológicos decorrentes da situação do adoecer. Os avanços nos procedimentos dialíticos e a padronização de rotinas clínicas e técnicas para o tratamento de pacientes com DRC têm melhorado a terapia e prolongado a sobrevida dos pacientes.¹⁰

O diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e instituição de medidas para diminuir a progressão da DRC estão entre as estratégias-chave para melhorar os desfechos da doença. O modelo de atendimento interdisciplinar, ao oferecer os cuidados necessários, de forma abrangente e organizada, parece ser a melhor forma de tratar a DRC¹¹, pois contribuem para uma melhor condição física, clínica, social e psicológica do paciente.¹²

O indivíduo com DRC vivencia muitas mudanças em sua vida, o que o torna desanimado e, muitas vezes, devido a isso ou por falta de orientação, abandona o tratamento deixando de se importar com os constantes cuidados necessários para sua qualidade de vida. Desse modo, torna-se imprescindível a importância de uma visão holística do paciente e a orientação e apoio do profissional, incentivando-o e propiciando que ele se adapte de maneira positiva ao seu

novo estilo de vida e assuma o controle do seu tratamento.¹²

O trabalho do enfermeiro como educador do paciente com DRC é indispensável, pois é responsável pelas orientações sobre o autocuidado, noções sobre a doença e seus tratamentos, tornando-o membro ativo no processo saúde-doença. Nesse processo educativo, é essencial que o indivíduo seja respeitado em sua totalidade, ou seja, holisticamente dentro do complexo biopsicossocial, visto que o paciente que tem conhecimento sobre sua enfermidade adere melhor ao tratamento, resgatando seu bem-estar físico e emocional.¹³

Neste contexto, pesquisas sobre dados epidemiológicos e de opiniões pessoais de pacientes com DRC em tratamento conservador representam uma contribuição valiosa para a assistência de enfermagem, pois os resultados obtidos podem contribuir para a adoção de estratégias que priorizem a adesão dos pacientes ao tratamento e a elaboração de orientações sobre a DRC, tratamento conservador, diálise e transplante renal.⁶

Diante do exposto, o objetivo do estudo é avaliar o conhecimento do paciente renal crônico em tratamento sobre as modalidades dialíticas e terapias substitutivas.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no ambulatório de nefrologia de um hospital escola na cidade do Recife/PE com 80 pacientes inscritos no ambulatório de tratamento conservador para doente renal crônico. O critério de inclusão foi: pacientes com doença renal crônica em mais de três meses de tratamento conservador, maiores que 18 anos e ter assinado Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE). A coleta foi realizada no período de julho e agosto de 2013.

Para a coleta de dados, o instrumento foi um questionário, tipo roteiro estruturado, individualizado e anônimo e as perguntas referiam-se ao perfil socioeconômico demográfico e clínico dos pacientes (nome, idade, endereço, renda, escolaridade, tempo em tratamento para doença renal crônica, do que se tratava a doença e os tipos de tratamentos substitutivos). Os dados foram obtidos em um único momento através da revisão e entrevista com preenchimento de questionário para caracterização demográfica e saberes clínicos. Foram avaliados os parâmetros: sexo, idade, renda familiar, tipo de moradia, endereço, escolaridade, estado

civil, ocupação, religião, doença de base, o que era a doença renal crônica, tratamento conservador, fístula arteriovenosa, cateter intraperitoneal, formas de terapias substitutivas e onde era realizada cada uma.

A avaliação do conhecimento do paciente foi realizada pelo instrumento previamente testado que continha treze questões. As dimensões trabalhadas neste questionário foram agrupadas em duas categorias: dados socioeconômicos e demográficos e específicos da doença renal. As definições do nível de conhecimento foram atribuídas de forma aleatória da seguinte forma: conhecimento pleno (11 acertos), Conhecimento médio (cinco a dez acertos), Conhecimento restrito (dois a quatro acertos) e Conhecimento insuficiente (zero a um acerto). Para o cálculo estatístico foi considerado um (conhecimento pleno/médio) e dois (conhecimento restrito/insuficiente).

Durante a coleta, utilizou-se uma linguagem clara e padronizada a fim de evitar os vieses de informação, de resposta e do observador. Para tabulação e análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS 18.0. Os dados obtidos foram tabulados manualmente e representados em forma de tabelas através da planilha do Excel 2007 fazendo o uso de frequência absoluta e relativa e descritos utilizando o Word 2007. Para o teste de significância, foi realizado o exato de Fisher tendo por base $p < 0,05$, para isso, foi utilizada a calculadora epidemiológica StatCalc 1.06. Com o objetivo de caracterizar a amostra estudada, foram apresentadas em forma de tabelas as frequências relativas (percentuais) e absolutas (N) das classes de cada variável.

O estudo teve aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas (HOF), sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAAE nº 17403113.8.0000.5200 e Parecer nº 337.117, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), classificando-se em risco mínimo.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 80 pacientes em tratamento conservador para doente renal crônico, os dados apresentados na Tabela 1 integram informações relevantes acerca da amostra pesquisada em que são observadas características relativas a algumas variáveis sociodemográficas. Foi verificada a predominância de paciente com idade entre 36 a 59 anos (40%). Quando se avaliou especificamente o gênero, as mulheres

Santos RLG, Oliveira DRF de, Nunes MGS et al.

Avaliação do Conhecimento do Paciente Renal Crônico...

apresentaram em maior percentual (51,25%). É observado que (62,5%) consideraram-se pardos, (41,25%) são casados, (48,75%)

estudaram entre cinco a sete anos, (77,5%) são católicos e, em sua maioria, residem fora da Região Metropolitana do Recife (75%).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos pacientes. Recife/PE, 2013.

Variáveis	Pacientes	
	n	%
Faixa etária		
21 a 35	23	28,75
36 a 59	32	40,0
≥ 60	25	31,25
Total	80	100,0
Sexo		
Feminino	41	51,25
Masculino	39	48,75
Total	80	100,0
Etnia		
Parda	50	62,5
Negra	15	18,75
Branca	15	18,75
Total	80	100,0
Estado civil		
Solteiro	19	23,75
Casado	33	41,25
Viúvo	17	21,25
União estável	11	13,75
Total	80	100,0
Escolaridade (anos)		
Analfabeto	3	3,75
≤ 4	34	42,5
5 a 7	39	48,75
≥ 8	4	5,0
Total	80	100,0
Religião		
Católico	62	77,5
Evangélico	18	22,5
Total	80	100,0
Endereço		
RMR*	20	25,0
FRMR**	60	75,0
Total	80	100,0

*RMR: Região Metropolitana do Recife.
**FRMR: Fora da Região Metropolitana do Recife.

Na tabela 2, observamos predominância de 52,5% com nível de conhecimento restrito e insuficiente quanto aos saberes sobre a doença, entretanto, na análise comparativa

dos grupos de conhecimento, estes não se diferenciam quanto às características sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre a doença renal crônica (p>0,05).

Tabela 2. Correlação de variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimento sobre a doença renal crônica. Recife/PE, 2013.

Variáveis	Conhecimento				P
	Pleno e médio		Restrito e sem conhecimento		
	n	%	N	%	
Sexo					
Feminino	18	47,4	23	54,8	0,50
Masculino	20	52,6	19	45,2	
Total	38	100,0	42	100,0	
Etnia					
Branca	8	21,1	7	16,7	0,61
Não branca	30	78,9	35	83,3	
Total	38	100,0	42	100,0	
Estado civil					
Com companheiro	23	60,5	21	50,0	0,53
Sem companheiro	15	39,5	21	50,0	
Total	38	100,0	42	100,0	
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	2	5,3	1	2,4	0,60
≤ 4	12	31,6	22	52,4	0,16
5 a 7	20	52,6	19	45,2	
≥ 8	4	10,5	0	0,0	0,06
Total	38	100,0	42	100,0	
Religião					
Católico	31	81,6	31	73,8	0,40
Evangélico	7	18,4	11	26,2	
Total	38	100,0	42	100,0	
Ocupação					
Do lar	4	10,5	6	14,3	0,43
Aposentado	21	55,3	18	42,9	
Beneficiário	13	34,2	18	42,9	0,32
Total	38	100,0	42	100,0	
Endereço					
RMR*	13	34,2	7	16,7	0,07
FRMR**	25	65,8	35	83,3	
Total	38	100,0	42	100,0	
Renda familiar (SM***)					
< 1	6	15,8	7	16,7	0,95
1 a 3	29	76,3	35	83,3	
4 a 6	3	7,9	0	0,0	0,06
Total	38	100,0	42	100,0	

*RMR: Região Metropolitana do Recife.
**FRMR: Fora da Região Metropolitana do Recife.
***Salário Mínimo.

Nas tabelas 3 e 4, os pacientes encontram-se distribuídos segundo o nível de conhecimento sobre a DRC. A menor parte dos pacientes (32,5%) respondeu corretamente que o TC é a restrição hídrica e dietética para diminuir a lesão renal. No que diz respeito ao tempo de tratamento, 32,5% dos pacientes iniciaram o TC há mais de um ano, 25% de um a dois anos, 13,75% de dois a três anos e 28,75% há mais de quatro anos. Apenas 41,25% sabiam que a DRC é uma doença do rim sem

cura e 33,75% conheciam que as formas de tratamento são a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Com relação à importância do TC, 45% acreditavam que serão curados. A maioria (77,5%) entendia que hemodiálise é o tratamento para DRC onde uma máquina filtra o sangue retirando as substâncias tóxicas ao organismo e 81,25% reconheciam que este procedimento é realizado em ambiente hospitalar.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo o nível de conhecimento sobre a doença renal crônica. Recife/PE, 2013.

Variáveis	Pacientes	
	n	%
O que é tratamento conservador?		
Tratamento para doença renal crônica terminal	39	48,75
Restrição hídrica e dietética para diminuir a lesão renal	26	32,5
Não sei	15	18,75
Total	80	100,0
Há quanto tempo você está em tratamento conservador?		
> 1	26	32,5
1 a 2	20	25,0
2 a 3	11	13,75
≥ 4	23	28,75
Total	80	100,0
Para você, o que é a doença renal crônica?		
Doença do rim sem cura	33	41,25
Doença do rim com cura	45	56,25
Não sei	2	2,5
Total	80	100,0
Quais são as formas de tratamento?		
Hemodiálise	35	43,75
Diálise Peritoneal	2	2,5
Transplante Renal	1	1,25
Todas as respostas acima	27	33,75
Não sei	15	18,75
Total	80	100,0
Qual a importância do tratamento?		
Prolongar meu tempo de vida, diminuindo meu sofrimento	39	48,75
Será minha cura	36	45,0
Não sei	5	6,25
Total	80	100,0
O que é a hemodiálise?		
Tratamento para DRC onde uma máquina filtra o sangue retirando as substâncias tóxicas ao organismo	62	77,5
Tratamento medicamentoso	6	7,5
Não sei	12	15,0
Total	80	100,0
Onde se faz a hemodiálise?		
Em casa	3	3,75
No hospital	65	81,25
Não sei	12	15,0
Total	80	100,0

Quanto à diálise peritoneal, 45% abnegam seu significado e 47,5% assinalaram que este tipo de TC é realizado em casa. No que tange o transplante renal, 27,5% identificaram cedo um terceiro rim para filtração do sangue e 26,25% demonstraram falta de aceção. Constata-se que 62,5% desconheciam o

significado de fístula arteriovenosa, bem como 68,75% de cateter intraperitoneal. Em relação ao profissional que ensinou sobre a doença e formas de tratamento, apenas 15% descreveram ter recebido orientação de enfermagem.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes segundo o nível de conhecimento sobre a doença renal crônica. Recife/PE, 2013.

Variáveis	Pacientes	
	n	%
O que é a diálise peritoneal?		
Tratamento que filtra meu sangue através de uma membrana localizada na barriga	34	42,5
Tratamento medicamentoso	10	12,5
Não sei	36	45,0
Total	80	100,0
Onde se faz a diálise peritoneal?		
Em casa	38	47,5
No hospital	10	12,5
Não sei	32	40,0
Total	80	100,0
O que é o transplante renal?		
É um terceiro rim para filtrar meu sangue	22	27,5
É a retirada dos meus rins antigos e reposição com um rim novo	37	46,25
Não sei	21	26,25
Total	80	100,0
O que é a fístula arteriovenosa?		
Acesso venoso para hemodiálise, fornecendo fluxo de sangue adequado para filtração	26	32,5
Acesso venoso para introdução de medicamentos	4	5,0
Não sei	50	62,5
Total	80	100,0
O que é cateter intraperitoneal?		
Acesso para diálise peritoneal, permitindo a filtração do sangue	20	25,0
Acesso para hemodiálise	5	6,25
Não sei	55	68,75
Total	80	100,0
Qual profissional me ensinou sobre a doença e formas de tratamento?		
Enfermeiro	12	15,0
Médico	68	85,0
Total	80	100,0

DISCUSSÃO

Um dos fatores bastante estudado na literatura recente é o nível socioeconômico. O baixo nível socioeconômico é um fator de risco para doenças crônicas, mas alguns estudos têm mostrado uma relação inversa com a incidência de DRC.^{5,6} Entre as possíveis explicações para essas associações entre o baixo nível socioeconômico e a DRC são as dificuldades de acesso aos sistemas básico de saúde e o controle inadequado de doenças endêmicas como hipertensão e diabetes.¹⁴

A maior parte dos trabalhos publicados na literatura mostra que há uma predominância do sexo masculino em tratamento para DRC.^{2,5,15-7} E é interessante que se faça uma comparação dos valores obtidos nesse trabalho com outras pesquisas, visto que neste estudo o tratamento conservador é composto por mais mulheres que homens. Em consonância a esse achado, estudo com o objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos à diálise peritoneal desenvolvido em uma clínica de nefrologia do estado de Sergipe revelou que, para este tipo de TC, o sexo feminino também é a maioria.¹⁸ E para se explicar o observado, é sabido que as mulheres se preocupam mais com sua

situação clínica que os homens. Elas se alimentam melhor, fumam menos, bebem menos, procuram mais os serviços médicos para exames preventivos e seguem mais as recomendações médicas referentes às doenças já existentes, enquanto que a maioria dos homens considera-se imune às doenças, priorizando os prazeres da vida em detrimento à saúde.^{10,8} Essa é uma informação conhecida de muitos profissionais da saúde.

Cabe ressaltar também que, a faixa etária dos pacientes renais crônicos está, na sua maioria, entre os 36 a 59 anos,^{4,13,5} o que corrobora, desta forma, com os dados desta pesquisa.

Outro dado relevante é que a maioria dos pacientes reside em cidades vizinhas, isso pode evidenciar que há um déficit no tratamento das doenças de base que agravam os sintomas, levando-os a se tornarem renais crônicos e serem encaminhados para hospitais de referência, além disso, os que estão nos estágios mais avançados são submetidos ao tratamento conservador sem possuir conhecimento acerca da doença, o que dificulta o início e adesão ao tratamento.^{2,14}

Há estudos que confirmam a associação de DRC com fatores étnicos e socioeconômicos,⁶ porém, o presente estudo não obteve

Santos RLG, Oliveira DRF de, Nunes MGS et al.

significância estatística entre os níveis de conhecimento e as variáveis socioeconômicas demográficas, o que pode ser considerado pelas limitações da amostra.

Apesar de alguns estudos afirmarem que o conhecimento dos pacientes sobre sua doença e o tratamento não necessariamente melhoram sua adesão ao tratamento¹⁹, em outros, se mostra que o comportamento de adesão de pacientes aos tratamentos, principalmente, de doenças crônicas, sofre influência por parte do conhecimento do paciente, facilitação do serviço de saúde e interação por parte dos profissionais.¹⁴⁻⁵ Tem sido discutido que o conhecimento adequado do paciente sobre a doença e o tratamento poderá funcionar como um fator facilitador de adesão.¹⁹

Na avaliação do conhecimento, os resultados mostraram que os pacientes, em geral, desconhecem o caráter permanente da doença, pois acreditavam que o tratamento os levaria a cura do problema renal, além de desconhecerem que o tratamento conservador tem por finalidade diminuir ou manter a lesão renal sem progressão para postergar a necessidade da terapia dialítica substitutiva.²

O resultado de um estudo qualitativo realizado com adultos em tratamento conservador para DRC mostrou que apenas com o tempo os pacientes passaram a compreender que a doença é para sempre e nenhum dos tratamentos levaria a cura, nem mesmo, o transplante renal. Acreditavam ainda que, se a informação correta fosse dada precocemente, teria havido maior motivação para envolvê-los ativamente no autocuidado.¹⁵ Isso ficou evidenciado quando menos da metade dos estudados souberam dizer o que era a doença renal crônica e quais as formas de tratamento, e a maioria destes tinha menos de um ano de tratamento.

O autocuidado do paciente com DRC deve ser estimulado continuamente, incentivando o olhar em torno de si próprio, do cotidiano, do dia a dia, dos gestos, falas, atitudes, na tentativa de identificar problemas específicos da própria existência. A pessoa com doença renal crônica passa por limitações que exigem readaptações na sua vida devido à evolução progressiva da doença, causando problemas físicos, psicológicos, sociais e econômicos.¹³ E esse cuidado também é influenciado de acordo com a classe socioeconômica a qual pertencem as pessoas.⁷

A promoção da saúde é entendida como uma articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos financeiros para o enfrentamento e solução da melhoria de qualidade de vida de uma

Avaliação do Conhecimento do Paciente Renal Crônico...

população.²⁰ As ações de promoção da saúde, diferentemente da prevenção, visam às melhores condições de vida e de trabalho, além dos problemas relacionados à doença, e a enfermagem tem uma importante ação educativa na insuficiência renal crônica.¹²

O enfermeiro pode atuar na promoção da saúde para as pessoas com DRC de acordo com as necessidades da população, tendo em vista que é preciso detectar grupos de risco, orientar e apontar caminhos para o enfrentamento e adaptação ao novo estilo de vida e sua condição de saúde. As atividades de educação em saúde podem ser realizadas de forma conjunta e construtiva desde a atenção primária ao nível terciário de saúde. O enfermeiro possui papel importante de cuidador e educador, responsável por sistematizar e incentivar o cuidado de si. Assim, é preciso desenvolver atividades de promoção da saúde de forma educativa para que se reduza a incidência da DRC e melhore a qualidade de vida da população.¹⁴

Entende-se que as pessoas em tratamento para DRC passam por várias limitações físicas, sociais e emocionais, além da perda da função renal, sendo necessário avaliar a vida diária, no sentido de visualizar o desempenho ocupacional, dietas especiais, restrições e a dinâmica familiar,⁸ uma vez que o cotidiano de portadores da DRC muda de acordo com a evolução da doença, na qual são comuns sentimentos de descrença, e o estadiamento da progressão da doença renal é um fator que contribui para o aumento da autoestima dessas pessoas.²⁰

A abordagem educativa tem como propósito esclarecer a doença e a adoção das práticas de autogestão da doença, de forma acessível e dialógica, com a participação do doente. O portador da doença precisa entender e conhecer as formas do cuidado de si sem a imposição de métodos ou dificuldades, sendo um ser ativo no seu tratamento. É relevante atribuir ao doente o perfil de agente ativo e participante do programa educativo, auxiliando-o na recuperação e adaptação imposta pela DRC.¹²

O enfermeiro, ao cuidar de pessoas com DRC, deve estar atento para as complicações da doença e os estresses e ansiedades que envolvem essa condição. Promover e encorajar o cuidado de si por meio da educação em saúde é um dos passos para a assistência, na perspectiva de reduzir a baixa autoestima relacionada com a evolução do tratamento, uma vez que é comprovada a necessidade do conhecimento do paciente acerca de sua doença para melhorar seu tratamento e condição clínica.

Santos RLG, Oliveira DRF de, Nunes MGS et al.

Embora não esteja explícito nas tabelas quando os pacientes foram questionados quanto às doenças que os acometem além da DRC, 7,5% têm lúpus, 93,8% HAS, 73,8% diabetes, nenhum paciente sofre de rim policístico, apenas 3,8% são acometidos glomerulopatia, esse mesmo percentual foi acometido por síndrome nefrótica e nefrítica.

A hipertensão arterial e a função renal estão intimamente relacionadas, podendo a hipertensão ser tanto a causa como a consequência da doença renal. A hipertensão crônica ou maligna pode determinar um quadro de lesão renal na população geral, sendo identificado como a segunda causa após a nefropatia diabética de pacientes iniciando o tratamento para DRC, anualmente, segundo dados do Ministério da Saúde.⁷ Na população estudada, foi mais prevalente a HAS como doença de base do que a diabetes. Diante disso, acredita-se que não bastam apenas medidas de orientação para o controle da pressão arterial, é preciso, também, confirmar e acompanhar o diagnóstico de hipertensão arterial e de doença renal crônica, e desenvolver estratégias que auxiliem o paciente durante seu tratamento conservador a fim de um bom resultado.

CONCLUSÃO

Constatou-se, neste estudo, conhecimento insuficiente pela maior parte dos participantes, principalmente, entre os adultos jovens e de meia idade e com um menor tempo de permanência no programa. Isso sugere a necessidade de reavaliação das estratégias utilizadas nas atividades educativas tornando-as mais adequadas a idade e ao desenvolvimento cognitivo de cada paciente. Há a necessidade de propostas de atividades que envolvam a participação ativa dos doentes e dos familiares contribuindo para torná-los construtores do próprio conhecimento e, conseqüentemente, levá-los a melhor adesão ao tratamento.

O cuidado adequado às necessidades do usuário exige da equipe multiprofissional a capacidade de identificação das necessidades de cuidados, aliada às ações técnico-científicas referentes ao cuidado físico, técnico e emocional, constituindo os requisitos para a eficácia do processo de cuidar. Nesse contexto, é possível perceber que a enfermagem tem um papel fundamental enquanto educadora, oferecendo a esses indivíduos a oportunidade de conhecer mais sobre sua doença, tratamento e terapias substitutivas que possam vir a ser adotadas futuramente, contribuindo para que o

Avaliação do Conhecimento do Paciente Renal Crônico...

paciente se adapte as suas condições durante o tratamento dialítico.

REFERÊNCIAS

1. Riella MC. Princípios básicos de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Gricio TC, Kusumota L, Cândido ML. Percepções e conhecimentos de pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 8];11(4):884-93. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a14.pdf>
3. Medeiros MCWC, Sá MPC. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 8]; 12(1):65-72. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a09v12n1.pdf
4. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011. J Bras Nefrol [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 8]; 34(3):272-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v34n3/v34n3a09.pdf>
5. Junior JER. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 8];26(3):1-3. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1183
6. Zambonato TK, Thomé FS, Gonçalves LFS. Perfil Socioeconômico dos Pacientes com Doença Renal Crônica em Diálise na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. J Bras Nefrol [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 8];30(3):192-99. Available from: http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=57
7. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Borghi ACS, Vaccari E, Seima MD. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. Texto contexto-enferm [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 8]; 17(2):313-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/13.pdf>
8. Nerbass FB, Feiten SF, Cuppari L. Nutrição do paciente com doença renal crônica em tratamento conservador. In: Barros E, Gonçalves LF, editores. Nefrologia no consultório. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 425-33.
9. Moreira LB, Fernandes PFCBC, Monte FS, Galvão RIM, Martins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com

Santos RLG, Oliveira DRF de, Nunes MGS et al.

doença renal crônica. Rev Bras Ciênc Farm [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 8];44(2):315-25. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n2/a17.pdf>

10. Arenas VG, Barros LFNM, Lemos FB, Martins MA, David-Neto E. Qualidade de Vida: comparação entre diálise peritoneal automatizada e hemodiálise. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 8];22(1):535-39. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/17.pdf>

11. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J Bras Nefrol [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 8]; 33(1):93-108. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n1/v33n1a13.pdf>

12. Santos I, Rocha RPF, Berardinelli LMM. Necessidade de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 8]; 64(2): 335-42. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a18v64n2.pdf>

13. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. Esc Anna Nery R Enferm [Internet]. 2007 mar [cited 2013 Aug 8]; 11(1):44-51. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a06.pdf>

14. Travagim DAS, Kusumota L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2009 [acesso em 2013 ago 13]; 17(3):388-93. Available from:

<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a16.pdf>

15. Canhestro MR, Oliveira EA, Soares CMB, Marciano RC, Assunção DC, Gazzinelli A. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. Rev Min Enferm [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 8];14(3):335-44. Available from:

<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/124>

16. Cavalcante ES, Silva RAR, Mendonça AEO, Costa MMN, Miranda FAN. Evaluation of the stress level of chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis treatment. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 8];7(5):1264-70. Available from:

Avaliação do Conhecimento do Paciente Renal Crônico...

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/3949/pdf_2462 doi: 10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201302

17. Kruger AP, Ubessi LD, Kirchner RM, Guido LA, Barbosa DA, Stumm EMF. Evaluation of health in relation to time of diagnosis and hemodialysis for chronic renal patients. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 8];7(10):5976-84. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4375/pdf_3647 doi: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201319

18. Abud ACF, Zanetti ML, Meneses AL, Siqueira HDA, Inagaki ADM, Nunes MS. Peritoneal dialysis: self-care action taken by patients. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 8]; 6(9):2058-64. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/3052/pdf_1426 doi: 10.5205/reuol.2570-20440-1-LE.0609201208

19. Sevick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, et al. Patients with complex chronic diseases: perspectives on supporting self-management. J Gen Intern Med [Internet]. 2007 [cited 2013 Aug 8];22(3):438-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2150604/>

20. Carvalho CA, Santos FR. O trabalho de prevenção e promoção da saúde com pacientes renais atendidos por equipe interdisciplinar: desafios e construções. Rev APS [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 8]; 12(3):311-17. Available from: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/116/230>

Submissão: 18/06/2014

Aceito: 14/12/2014

Publicado: 01/02/2015

Correspondência

Viviane de Araújo Gouveia
Universidade Federal de Pernambuco
Centro Acadêmico de Vitória
Rua Alto do Reservatório, S/N
Bairro Bela Vista

