ORIGINAL ARTICLE

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS UNDERGOING TREATMENT FOR PERITONEAL DIALYSIS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Nayana Camurça de Araújo¹, Roberta Jeane Bezerra Jorge², Anne Gabrielle de Sousa³, Islene Victor Barbosa⁴

ABSTRACT

Objective: describe the sociodemographic and clinical profile of patients undergoing treatment for Peritoneal Dialysis. **Method:** this is an exploratory, descriptive and quantitative study. The sample consisted of 35 patients from three Clinical Dialysis in Fortaleza, CE. Patients were on peritoneal dialysis for at least a year, aged 18 years and ability to understand and verbal communication. Data were collected between February and March 2009 using a questionnaire covering sociodemographic and clinical aspects. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the University of Fortaleza under number 004/2009. **Results:** prevalence of the following characteristics: female (60%); 50-59 years (31.4%); married (54.3%); incomplete primary education (37.1%); without paid work (85.7%); family income up to a minimum wage (68.6%); living in Fortaleza (74.3%); Diabetes mellitus as major cause of chronic renal failure (37.1%); Lack of Vascular Access as motivation for entering in peritoneal dialysis (45,7%). **Conclusion:** the results may serve to direct actions and the improvement of nursing care, as well as a basis for future studies in this area. **Descriptors:** peritoneal dialysis; health profile; nursing.

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em tratamento de Diálise Peritoneal. **Método:** trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza quantitativa. A amostra foi composta de 35 pacientes de três clínicas de diálise da cidade de Fortaleza-CE. Os pacientes estavam em tratamento de diálise peritoneal há pelo menos um ano, possuíam idade superior a 18 anos e capacidade de compreensão e/ou comunicação verbal. Os dados foram coletados no período de fevereiro e março de 2009 com o auxílio de um questionário contemplando os aspectos sociodemográficos e clínicos. O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza sob o número 004/2009. **Resultados:** predominaram as seguintes características: feminino (60%); 50-59 anos (31,4%); casados (54,3%), Ensino Fundamental Incompleto (37,1%), sem atividade remunerada (85,7%), renda familiar até um salário mínimo (68,6%); residência em Fortaleza (74,3%); Diabetes mellitus como causa principal da Insuficiência Renal Crônica (37,1%); Falta de Acesso Vascular como motivação para o ingresso na Diálise Peritoneal (45,7%). **Conclusão:** os resultados podem servir para o direcionamento de ações e melhoria da assistência de Enfermagem, como também base para futuros estudos na área. **Descritores:** diálise peritoneal; perfil de saúde; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes sometidos a tratamiento de Diálisis Peritoneal. **Método:** se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cuantitativo. La muestra estuvo constituida por 35 pacientes de tres clínicas de diálisis en Fortaleza, Ceará. Los pacientes estaban en tratamiento de diálisis peritoneal por lo menos un año, eran mayores de 18 años e capaces de entender y comunicarse verbalmente. Los datos se recogieron entre Febrero y Marzo de 2009 a través de un cuestionario utilizado para conocer características sociodemográficas y clínicas de los pacientes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad de Fortaleza con el número 004/2009. **Resultados:** predominio de las siguientes características: mujeres (60%) 50-59 años (31,4%), casados (54,3%), educación primaria incompleta (37,1%), sin trabajo remunerado (85,7%), ingresos familiares de hasta un salario mínimo (68,6%) viven en Fortaleza (74,3%), Diabetes Mellitus como causa principal de Insuficiencia Renal Crónica (37,1%), Falta de Acceso Vascular como motivación para la entrada en la diálisis peritoneal (45,7%). **Conclusión:** los resultados pueden servir para planificar acciones y la mejora de los cuidados de enfermería, sino también una base para futuros estudios en este ámbito. **Descriptores:** diálisis peritoneal; perfil de salud; enfermería.

¹Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: nayanaca@hotmail.com; ²Mestranda do curso de Farmacologia da Universidade Federal do Ceará. Enfermeira especialista em Enfermagem Clínica. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: robertajeane@hotmail.com; ³Especialista em Enfermagem em Nefrologia. Enfermeira do Transplante hepático do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: gabysud_1985@hotmail.com; ⁴Doutoranda do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora da Universidade de Fortaleza. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: islene@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença sistêmica de caráter progressivo que causa a perda da função renal. Dados epidemiológicos recentes refletem sua problemática no Brasil. De acordo com o último censo (2008) da Sociedade Brasileira de Nefrologia 53.816 pacientes realizam terapia dialítica, dos quais 48.027 encontram-se em Hemodiálise (HD) e 5.609 em Diálise Peritoneal (DP).¹ A IRC é uma problema de saúde pública, gerando um gasto de cerca de 1,4 bilhões de reais por ano ao Ministério da Saúde.²

As principais doenças causadoras da IRC são diabetes, hipertensão, glomerulonefrites, pielonefrites, doenças císticas. Nas fases mais precoces, o corpo humano se adapta a situação e os sintomas são pouco percebidos.³ Em vista disso, muitas vezes o diagnóstico só é dado nas fases tardias da doença, onde o encaminhamento para o transplante ou tratamento dialítico (HD ou DP) é essencial para manutenção da vida.

A DP é um método dialítico em que a depuração das toxinas do sangue é feita pelo peritônio que atua como membrana semi-permeável. Para sua realização, um catéter é cirurgicamente colocado na cavidade peritoneal e através dele será infundida a solução de diálise. Através dos mecanismos de transporte (difusão e ultrafiltração), os produtos tóxicos movem-se dos capilares peritoneais para a solução de diálise na cavidade peritoneal.⁴

O tratamento é realizado no domicílio do paciente todos os dias. Pode ser feito manualmente (Diálise Ambulatorial Peritoneal Contínua) ou com o auxílio de uma máquina (cicladora) que realiza os ciclos durante o sono (Diálise Peritoneal Automatizada). Na DP manual, são realizados quatro a cinco ciclos de diálise por dia cada um possuindo três fases: infusão, permanência e drenagem. Ao fim de cada drenagem, uma nova solução é infundida, permanecendo na cavidade durante quatro a seis horas. Para um sono ininterrupto, durante a noite o ciclo é mais demorado (oito a doze horas). Já na DP automatizada, a troca da solução de diálise é realizada por uma cicladora, enquanto o paciente dorme. O aparelho controla as três fases do ciclo e na parte da manhã, a máquina faz uma última infusão que permanece no paciente durante todo o dia.⁴ Assim, o comparecimento do paciente à clínica é apenas mensalmente para avaliação pela equipe especializada, para a coleta de exames ou em casos de urgências.

A escolha do método dialítico irá depender do estilo de vida e da condição clínica, sócio-econômica e psicológica do paciente, sendo feita sempre que possível, em conjunto com a equipe de saúde o paciente e sua família. O cliente em tratamento dialítico que pode ter a opção de ser contemplado pela DP tem uma modalidade de tratamento mais cômoda e flexível, por ser realizada em domicílio. Devido ao reduzido número de visitas à clínica e em países de grandes dimensões como o Brasil, isso se torna fator determinante de adesão ao tratamento, principalmente para os pacientes que residem afastados dos grandes centros urbanos.³

Clinicamente, a DP deve ser método de escolha para aqueles que não toleram a HD, pacientes sem acesso vascular adequado e crianças. Está contra-indicada nas seguintes situações: Perda comprovada da função peritoneal, incapacidade física ou mental para a execução do método, ausência de estrutura domiciliar, colostomias e hérnias não corrigíveis.^{6,7} Para a maior parte dos indivíduos e na ausência de contra-indicações, a escolha do método para a Terapia Renal Substitutiva pode se basear na preferência do paciente.⁷

Os clientes em DP e seus familiares precisam passar por um treinamento que fornecerão capacidades e habilidades necessárias para a realização adequada desta terapia, além do conhecimento para lidar com as possíveis complicações. Geralmente, esse treinamento é realizado pelo Enfermeiro do centro de diálise. Vale ressaltar que esse profissional tem papel fundamental no tratamento, pois também avaliará *in loco* as condições habitacionais (saneamento básico, instalações sanitárias, quarto próprio para realização da DP) do paciente, a fim de analisar se esse poderá ou não ingressar na terapia. O Enfermeiro é um constante educador, pois além dos treinamentos, realiza reciclagens periódicas e participa das avaliações junto ao médico.⁸

Deste modo, é relevante identificar o perfil do paciente em DP a fim de conhecer melhor a população assistida, e assim contribuir para um melhor direcionamento do atendimento pela equipe de saúde.

Portanto, o estudo contribui para o corpo de conhecimento dos Enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam em Nefrologia, além de fornecer subsídios para futuros estudos. Diante disso, objetivou-se investigar o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em tratamento de Diálise Peritoneal na cidade de Fortaleza.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado em três clínicas de diálise que atendem clientes em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal, situadas na cidade de Fortaleza-CE. Tais clínicas foram escolhidas por apresentarem amostra significativa de pacientes em tratamento.

A amostra do estudo constituiu-se de trinta e cinco portadores de IRC que aceitaram participar da pesquisa, mantidos em terapia de substituição renal através da diálise peritoneal há pelo menos um ano, com idade superior a 18 anos, com capacidade de compreensão e/ou comunicação verbal.

Os três serviços de Diálise possuíam 49 pacientes em tratamento e acompanhamento. Catorze não atendiam os critérios de inclusão: sete clientes possuíam dificuldade de compreensão e comunicação verbal, quatro estavam realizando o tratamento há menos de um ano e três não concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro a março de 2009, através de uma entrevista estruturada, contendo aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica e clínica. O acesso aos sujeitos da pesquisa foi através de telefone, onde foi explicado o estudo e feito o convite para participar. Para os que concordaram, foi programada a entrevista para o dia do comparecimento do paciente à clínica para acompanhamento e coleta de exames laboratoriais mensais. No dia do encontro, os pacientes foram abordados pelos pesquisadores antes da realização da consulta. Foi explicado novamente do que se tratava a pesquisa, seus objetivos e benefícios. Os que aceitaram fazer parte do

estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram analisados de forma descritiva através de frequências absolutas e relativas e discutidos à luz da literatura científica. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Os aspectos éticos e legais foram contemplados, visto que o estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Saúde.⁹ O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza sendo aprovado pelo processo de número 004/2009.

RESULTADOS

• **Dados sociodemográficos**

Em relação aos dados sociodemográficos, como se pode ver na tabela 1, a maioria dos pacientes, 21 (60%) são do sexo feminino e 26 (74,3%) residem na cidade de Fortaleza. A faixa etária dos participantes variou de 27 a 77 anos, com maior distribuição na faixa de 50-59 anos com 11(31,4%) clientes, e 19 (54,3%) eram casados.

Quanto a renda mensal informada, 24 (68,6%) pacientes recebiam até 1 salário mínimo. Apenas 5 (14,3%) pacientes exerciam algum tipo de atividade remunerada, enquanto os outros, 30 (85,7%) relataram que não trabalhavam, mas recebiam benefícios do governo como aposentadoria por idade ou auxílio-doença.

Em relação ao grau de instrução destaca-se o baixo nível de escolaridade, 13 (37,1%) entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto e 5 (14,3%) deles eram analfabetos.

Tabela 1. Distribuição dos clientes em diálise peritoneal quanto aos dados sociodemográficos. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2009.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Masculino	14	40%
Feminino	21	60%
Total	35	100%
Procedência		
Fortaleza	26	74,3%
Interior	09	26%
Total	35	100%
Faixa etária (anos)		
18-29	03	8,57%
30-39	32	91,43%
40-49	05	14,3%
50-59	11	31,4%
60-69	08	22,9%
70-79	06	17,1%
Total	35	100%
Estado civil		
Solteiro	9	25,7%
Casado	19	54,3%
Viúvo	07	20,0%
Total	35	100%
Escolaridade		
Analfabeto	05	14,3%
Fund. Incompleto	13	37,1%
Fund. Completo	10	28,6%
Médio Completo	06	17,1%
Superior Completo	01	2,9%
Total	35	100
Atividade Remunerada		
Não	30	85,7%
Sim	05	14,3%
Total	35	100%
Renda Familiar (salário-mínimo)		
≤ 1	25	71,5%
2 a 4	09	25,7%
5	01	2,9%
Total	35	100%

• Dados Clínicos

Com relação aos dados clínicos, caracterizou-se a causa da insuficiência renal crônica, o tempo de diagnóstico da IRC, o

tempo na DP, realização da HD antes da DP e as motivações para ingresso na diálise peritoneal.

Figura 1: Distribuição dos pacientes quanto à etiologia da IRC. Fortaleza, 2009.

Quanto à causa da IRC, de acordo com a figura 1, 13 (37,1%) dos participantes desenvolveram a doença devido ao Diabetes mellitus. Destaca-se também como causa base em 12 (34,3%) pacientes, a Hipertensão arterial sistêmica. Entre as outras doenças relatadas encontra-se, glomerulonefrite em 5 pacientes (14,3%); nefrite lúpica e rins

policísticos, ambas em apenas um entrevistado. Em dois casos (5,7%), não houve causa determinada.

O tempo de diagnóstico da IRC variou entre 1 a 15 anos completos, sendo o valor médio de 6,06 anos. A média de tempo na DP foi de 3,06, variando entre 1 e 6 anos.

Figura 2. Distribuição dos pacientes segundo ao uso da terapia da hemodialítica antes da diálise peritoneal. Fortaleza, 2009.

Observa-se que 31 (88,6 %) dos participantes haviam optado pela hemodiálise para iniciar a terapia de substituição renal. Enquanto que apenas 4 (11,4%) optaram diretamente pela DP (figura2).

Figura 3: Distribuição dos pacientes quanto ao motivo de ingresso na diálise peritoneal. Fortaleza, 2009.

Consoante a figura 3, identifica-se que a falta de acesso vascular para a realização da hemodiálise foi a motivação de 16 (45,7%) pacientes para escolha da Diálise Peritoneal. O mal-estar contínuo durante as sessões foi relatado como o motivo de 6 (17,1%) pacientes para mudança para a DP.

Por residirem no interior do estado, 6 (17,1%) pacientes relatam que escolheram a DP por ser realizada em casa, sem a necessidade de comparecer frequentemente ao centro de diálise.

Por oferecer um tratamento mais cômodo com menos interferência no estilo de vida, a DP foi escolhida por 4 (11,4%) pacientes. Apenas três (8,6%) participantes desse estudo estão na terapia por serem portadores de cardiopatias.

DISCUSSÃO

O aumento da IRC pode ser creditado ao envelhecimento da população e as doenças que surgem com o avançar da idade. Essa assertiva pode ser embasada com dados obtidos em nosso estudo, onde a maioria dos entrevistados tem mais de 50 anos de idade.

No último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, 39,3% dos pacientes em terapia renal substitutiva têm mais de 60 anos de idade.¹ Observa-se na prática que há uma tendência crescente no número de idosos na diálise.

A DP por promover retirada lenta e contínua de fluidos, e menor número de lesões hemodinâmicas, comparativamente à hemodiálise, pode ser, do ponto de vista teórico, uma alternativa mais adequada para tratar pacientes portadores de IRC avançada com concomitante insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e também pacientes com ICC refratária, mesmo sem grave disfunção da função renal.⁶

Na amostra estudada, 21 pacientes (60%) pertencem ao sexo feminino. Em muitos estudos não há diferença significativa relacionada ao sexo.^{10,11}

Quanto à procedência dos entrevistados, 25% residem na região interiorana do estado do Ceará, onde quase não existem centros de diálise. Optar pela Hemodiálise como Terapia Renal Substitutiva seria dispendiosa para algumas prefeituras, uma vez que o cliente

necessitaria de transporte três vezes por semana para o deslocamento até a clínica. Além disso, a distância poderia impossibilitá-lo de iniciar a diálise no horário previsto. Por isso, a DP tornou-se a melhor opção para os pacientes que residem distantes dos centros de diálise.³

A maioria dos participantes que possuem união estável reside com seus familiares, o que facilita que esses também estejam inseridos no processo terapêutico do paciente. A doença crônica traz consigo a necessidade de adaptações, e acompanha sentimentos como o medo. Neste momento há uma necessidade do portador de IRC receber apoio de familiares. São eles que darão todo o suporte físico, emocional e social que o paciente irá necessitar. No entanto, sabe-se que muitas relações conjugais são desfeitas após o diagnóstico de doença crônica.¹²

Quanto à escolaridade, 14,3% dos pacientes são analfabetos e 37,1% não chegaram a completar o Ensino Fundamental. Dados parecidos foram obtidos em estudo realizado com pacientes em HD no Rio Grande do Sul.¹³ Inicialmente, a escolaridade representa um fator importante para o paciente que entra na DP, pois este terá que ser capaz de compreender a técnica de preparo das sessões realizadas no domicílio e de realizar o autocuidado. Porém, alguns estudos têm mostrado que o nível de escolaridade não influenciou no resultado do treinamento da DP e nem na frequência de peritonites,¹⁴ causa mais comum de internação em pacientes em DP.¹⁰ Na vivência prática, percebe-se certa dificuldade enfrentada nos treinamentos dos pacientes e de seus familiares que geralmente prolonga esse período e retarda sua liberação para o tratamento no domicílio. Mais que a escolaridade, o nível de compreensão, responsabilidade e o compromisso do paciente são fatores essenciais no êxito do tratamento.

Foi detectado que 85,7% dos entrevistados não exerciam atividade remunerada. Um dos efeitos negativos da IRC é seu portador não conseguir manter suas atividades laborais por limitações da doença e tratamento. O trabalho é essencial para a realização e a valorização pessoal e, quando há vontade e condições para realizá-lo, a doença e o tratamento não devem ser empecilhos para sua concretização.¹⁵ Entretanto, diante da impossibilidade de manter uma jornada de trabalho adequada devido à necessidade de realização da terapia, comparecimento à clínica, ou devido às internações hospitalares que são comuns em pacientes portadores de doenças crônicas, os pacientes solicitam o processo de aposentadoria ou auxílio-doença.

Quanto às patologias de base para a IRC, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) representam importantes fatores de risco para o desenvolvimento da IRC, por afetarem a função renal ao longo do tempo. Os dados demonstraram que o aparecimento destas como principais causa da IRC foi de 71,4%, onde 13 (37,1%) dos entrevistados eram diabéticos e 12 (34,3%) hipertensos. Na população brasileira em diálise, o diagnóstico de base da IRC foi HAS em 35% e o DM em 27% do total.¹ Atualmente, a HAS e o DM estão inseridos em programas da Estratégia Saúde da Família, cabendo aos profissionais que atuam nessa área prestar um atendimento à população de prevenção e de busca de novos casos de IRC.

Em estudo de coorte multicêntrico prospectivo composto por 6.198 pacientes realizado no Brasil, encontrou-se que as comorbidades mais associadas a IRC em pacientes em DP estavam a hipertensão arterial sistêmica, hipertrofia ventricular esquerda, diabetes, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, neoplasias e colagenases.¹¹

Alguns autores relatam uma melhor qualidade de vida dos pacientes submetidos à DP.¹⁰ No entanto, os clientes em DP que apresentaram pior qualidade de vida foram os grupos de pacientes diabéticos e idosos, o que reforça a importância de se dar atenção especial a esses grupos.¹¹

Vale ressaltar que clientes em DP apresentam um melhor controle da Hipertensão Arterial e manutenção do hematócrito em níveis normais, com menor número de transfusões.⁵ Para os pacientes diabéticos permite que a insulina seja administrada nas bolsas de diálise. A administração intraperitoneal de insulina permite uma absorção mais fisiológica, redução dos episódios de hipoglicemia devido à absorção contínua de insulina, minimização da hiperinsulinemia, melhor controle glicêmico e o desuso de injeções subcutâneas.¹⁶

O tempo médio para início da DP dos entrevistados foi de três anos. Durante esse período, os pacientes mantiveram-se em tratamento conservador ambulatorial ou na hemodiálise. Quanto à escolha do tipo de tratamento, 88,6% dos participantes haviam optado pela HD antes da DP. Em uma das clínicas pesquisadas, a clientela da DP era formada apenas por 18 pacientes, enquanto o número de pacientes em HD ultrapassava 180 pessoas. A falta de conhecimento, medo de infecções, a carga de responsabilidade

recebida talvez possam ser os maiores receios dos pacientes aptos para DP optarem por outro método como primeira terapia dialítica. A Enfermagem pode atuar avaliando o déficit de conhecimento desses pacientes em HD e desmistificando a DP, esclarecendo as dúvidas sobre a terapia apresentando assim suas vantagens e desvantagens.

Evidencia-se nos resultados que a principal motivação para a indicação da DP para 16 (45,7%) pacientes foi a falta de um acesso venoso para realização da hemodiálise, já que para esse tratamento uma fístula arteriovenosa (FAV) é necessária, a qual consiste em uma ligação entre uma artéria com uma veia. Realizada em ambiente cirúrgico, a FAV pode ser confeccionada através de uma anastomose entre a artéria radial e a veia cefálica, a braquial e a cefálica ou a braquial e a basílica, preferencialmente no membro não dominante e o mais distal possível, podendo durar de meses a anos.³

Em pesquisa também realizada com clientela do Ceará, verificou-se que 57,1% dos pacientes estavam em DP não como primeira escolha, e sim por falta de acesso vascular.¹⁷ Na vivência prática pela comodidade do tratamento, observa-se que muitos pacientes que podem optar entre as duas modalidades de diálise relatam que inicialmente optam pela HD e somente após alguma falta de adaptação ou dificuldade mudam para a DP.

A atuação da equipe de saúde na avaliação clínica e na decisão sobre a terapia dialítica, junto ao cliente é indispensável para uma atividade educadora e facilitadora de sua adaptação, pois a mesma é responsável pelo treinamento e conscientização do paciente sobre o autocuidado, conduzindo informações, tornando-os membros ativos no processo saúde-doença, sendo o paciente o responsável pelo sucesso do tratamento.

Desta forma, é importante que a equipe de saúde, em destaque os profissionais médicos e de enfermagem, avaliem periodicamente o nível de adaptação dos clientes que realizam tratamento dialítico, vantagens e desvantagens e quais as possibilidades de mudança de tratamento.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que a maioria dos entrevistados possuía um perfil com faixa etária de 50 a 59 anos, sexo feminino, casados, ensino fundamental incompleto, residentes em Fortaleza e sem trabalho remunerado.

Quanto às patologias de base que ocasionaram a insuficiência renal crônica

identificou-se que a HAS e DM representaram o agravamento e perda da função renal do paciente e consequente ingresso na terapia dialítica. Desse modo o enfermeiro necessita a priori estar alerta com relação às doenças de caráter crônico que trazem consigo uma grande possibilidade de evolução para a IRC dialítica, alertando-se sobre a necessidade de desenvolvimento de medidas de controle das mesmas.

A Falta de acesso vascular foi a principal motivação para ingresso na DP. A maioria dos pacientes não optou inicialmente pela diálise peritoneal, mesmo sendo apresentado como uma alternativa de tratamento.

Pelas entrevistas, percebe-se a necessidade de um longo processo de adaptação a essa nova condição, no qual o paciente precisa identificar meios para lidar com o problema renal e com todas as mudanças e limitações que o acompanham.

Após a constatação do diagnóstico de IRC dialítica e o ingresso no programa de diálise peritoneal, o enfermeiro como facilitador nos processos educativos, deve atuar junto ao cliente e a família no enfrentamento da doença e das limitações trazidas pela mesma, com vistas a melhorar a sua condição de vida.

Ressalta-se que como o estudo limitou-se a uma pequena amostra de clientes em diálise peritoneal de três clínicas de diálise da capital do Estado, não se pode generalizar tais achados. Assim, sugere-se que a pesquisa seja ampliada para outras unidades, pois a análise do perfil da clientela é essencial para o direcionamento de uma melhor assistência de Enfermagem, bem como servir de contribuição para futuras pesquisas na área.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo 2008 [homepage na internet; acesso em 2011 mar 01]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/>
2. Romão Jr JE. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. J Bras Nefrol. 2004; 26(3):1-3.
3. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003.
4. Kelley, K. How peritoneal dialysis works. Nephrol Nurs J. 2004; 31(5): 481-6.
5. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
6. Abensur H. Uso da Diálise Peritoneal em pacientes com Insuficiência Cardíaca

Congestiva. Rev Bras Hipertens. 2008; 15(3): 162-5.

7. Barretti, Pasqual. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia renal substitutiva na Doença Renal Crônica. J Bras Nefrol. 2004; 26(3):47-9.

8. Jacobowski JAD, Borella R, Lautert L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 26(3):381-1.

9. Brasil. Conselho nacional de saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº93. 933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

10. Zhang AH, Cheng LT, Zhu N, Ling-Hua S, Tao W. Comparison of quality of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. Health Qual Life Outcomes. 2007; 5:49.

11. Grincenkov FRS, Fernandes N, Chaoubah A, Bastos K, Qureshi AR, Pécoits-filho R, et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em Diálise Peritoneal no Brasil. J Bras Nefrol. 2011; 33(1):38-44.

12. Ribeiro C. Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. Rev Port Clín Geral. 2007; 23(3): 299-306.

13. Kirchner RM, Lobler LL, Machado RF, Stumm EMF. Caracterização de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise. Rev Enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2011 [acesso em 2011 mar 10];5(2):199-204. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1333>

14. Abrahão SS. Determinantes de Falhas da Diálise Peritoneal no domicílio de crianças e adolescentes assistidos pelo Hospital das Clínicas da UFMG [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

15. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. Rev Latino-am Enfermagem. 2003; 11(6):823-31.

16. Farina, J. Peritoneal dialysis and intraperitoneal insulin: how much?. Nephrol Nurs J. 2004; 31(2): 225-7.

17. Silva HG, Silva MJ. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. Rev Eletrônica Enferm. 2003;5(1). Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/03/21
Last received: 2011/06/13
Accepted: 2011/06/14
Publishing: 2011/09/01

Address for correspondence

Nayana Camurça de Araújo
Av. Barão de Studart, 505 – Meireles
CEP: 60.120-000 – Fortaleza (CE), Brazil