



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

SIDNEY DA SILVA MEDEIROS

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS QUE
RELIZAM DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR

NATAL/RN
2013

SIDNEY DA SILVA MEDEIROS

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS QUE
RELIZAM DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem do Centro
Universitário do Rio Grande do Norte, como
requisito para conclusão da disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso – II.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Cunha
de Farias

NATAL/ RN

2013

RESUMO

A doença renal crônica consiste em uma perda progressiva e irreversível da função dos rins, ocorrendo diferentes manifestações clínicas tais como anemia, anorexia, distúrbios metabólicos e hormonais. O objetivo deste estudo foi compreender o papel do enfermeiro frente à experiência da diálise peritoneal domiciliar, a partir das publicações científicas sobre o assunto. A abordagem do estudo foi através de revisão de literatura bibliográfica nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde. O levantamento foi realizado em junho de 2013, foram encontradas 33 publicações e selecionado apenas 10 após análise dos critérios de inclusão e exclusão. Os resultados revelam sobre a participação fundamental do enfermeiro junto aos pacientes que realizam a modalidade de diálise peritoneal domiciliar, onde o enfermeiro é responsável pela avaliação do ambiente e pelo treinamento do paciente e seus familiares para uso de técnica correta dos cuidados frente ao tratamento, além de disciplinar o paciente em relação ao auto cuidado. Conclui-se que os pacientes de doença renal crônica têm uma taxa de morte anual próximo a 20% e possuem manifestações clínicas severas, tendo como principal complicação o acúmulo de produtos nitrogenados. Aqueles que optam pela diálise peritoneal como tratamento dialítico têm uma melhor qualidade de vida devido realização do procedimento de troca diária, não ocorrendo o acúmulo dessas substâncias no organismo. A família tem papel fundamental na participação do processo da diálise e o enfermeiro exerce papel de protagonismo frente a equipe multiprofissional promovendo, aos pacientes, uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica. Diálise. Diálise Peritoneal Domiciliar. Autocuidado.

ABSTRACT

Chronic kidney disease consists in a progressive and irreversible loss of kidney function that induces many different clinical manifestations such as anemia, anorexia, metabolic and hormonal disorders. The aim of this work was to understand the role of nurse in home peritoneal dialysis treatment. The study approach was through literature review based on Virtual Health Library. The prospection was conducted in June 2013, found 33 publications which 10 were selected by a criterion of inclusion and exclusion. The results reveal an essential participation of nurses with patients who perform home peritoneal dialysis modality. The nurse is responsible for environmental assessment, training patients and their families to correct use of care techniques towards to patient self-care. Patients with chronic kidney disease have an annual death rate next to 20%. They show several clinical manifestations and the main one is the accumulation of nitrogenous products. Those who opt for peritoneal dialysis have better life quality due realization of exchange procedure daily, therefore these toxic substances were not accumulated in patient's body. Furthermore, the family has a fundamental role in dialysis process and the nurse plays a leading role on multidisciplinary team, inspiring a better patient life quality.

Keywords : Self-Care; Peritoneal Dialysis; Nursing; Chronic Kidney Disease.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)	9
2.1.1 Fisiopatologia	9
2.1.2 Manifestações Clínicas	9
2.1.3 Tratamento	10
2.1.4 Cuidados de enfermagem	11
2.2 DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR	12
2.2.1 Procedimentos e vias de acesso	12
2.2.2 Vantagens e complicações	12
3 METODOLOGIA.....	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	15
5 CONCLUSÕES.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, milhares de pessoas, são diagnosticadas com Doença Renal Crônica (DRC), que consiste em lesão renal ou perda progressiva e irreversível da função dos rins. A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada por uma série de nefropatias que leva a progressiva perda das funções renais. Assim diferentes manifestações clínicas tais como anemia, anorexia, distúrbios metabólicos e hormonais podem ser observadas (MOREIRA; VIEIRA, 2010).

Segundo censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2011, existe no Brasil o total de 643 unidades de referência com programa para dialítico crônico, e cerca de 91.314 portadores de DRC em terapia renal substitutiva (TRS), onde 90,6% desses realizavam hemodiálise (HD) e 9,4% fazem uso da diálise peritoneal (DP). Para 85% dos pacientes os custos do tratamento foi pago pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde 91,5% das instituições tinham convenio com o SUS e 75,6% com outros convênios de saúde suplementar. Ainda assim, cerca de 35,5% aguardam na fila de espera para transplante, a taxa de mortalidade estimada para o ano de 2011 foi de 18.187 óbitos que corresponde a 19,9% do total de pacientes (SESSO et al, 2011).

As TRS são indicadas quando o paciente portador de DRC apresenta sintomas graves de uremia, com o objetivo de substituir a função dos rins. As terapias de diálise utilizadas no Brasil são a hemodiálise (figura 1) e a diálise peritoneal (figura 2), além do o transplante de rins (figura 3). Essas intervenções permitem a manutenção da vida e moderar parte de distúrbios bioquímicos decorrentes do estado crônico da doença (BRAGA, 2009).



Figura 1 Hemodiálise
Fonte: lavras24horas.com.br



Figura 2 Diálise peritoneal
Fonte: grupocdrj.com.br

**RIM
TRANSPLANTADO**

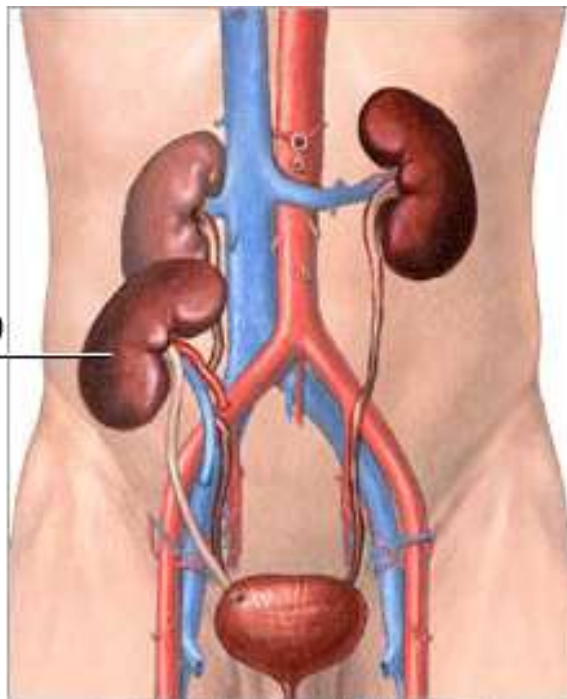


Figura 3 Transplante de Rim
Fonte: apurologia.pt

No tocante a DP, a primeira descrição de aplicação clínica dessa terapia foi em 1923 por Georg Ganter, mas, somente a partir de 1959, esta terapia passou a ser utilizada em todo o mundo, na forma de diálise peritoneal intermitente. Palmer e Tenckhoff, na década de 1960, criaram o cateter peritoneal de longa permanência, e, em 1976, Moncrief e Popovich introduziram a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) (ABENSUR, 2008).

A DP caracteriza-se pela infusão de 1,5 a 2,5 L de solução de diálise na cavidade peritoneal onde ocorre a troca entre o sangue contido nos capilares peritoneais e a solução de diálise infundida na cavidade peritoneal. A membrana peritoneal é composta de diversas camadas: endotélio, membrana basal endotelial, interstício e mesotélio. Essas camadas impõem grau variável de resistência à passagem dos solutos. O volume infundido é drenado após a permanência de cerca de 6 horas na cavidade peritoneal (ABENSUR, 2008).

Existe dois tipos de DP que pode ser realizada em domicílio que é a DPAC, que permite a realização em domicílio pelo próprio paciente ou com auxílio de familiares, sendo quatro trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas. E a Diálise Peritoneal Automática (DPA), é realizada a noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina cicladora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade (SILVA; SILVA, 2003; TIMM, 2013)

Dentre as complicações que podem está associadas a utilização da DP, destaca-se a peritonite bacteriana como a mais corriqueira e tem como agente etiológico mais freqüente o estafilococo. E pode ocorrer também complicações mecânicas pelo aumento da pressão intra-abdominal, tais como: hérnias, vazamento de líquido ao redor do cateter e edema genital. E, ainda, complicações metabólicas, como: hiperglicemia, sendo freqüentemente necessário o ajuste das doses de insulina; perda protéica que pode atingir até 10 g/dia; e hipo ou hipernatremia, a depender da taxa de ultrafiltração e da ingestão hídrica (ABENSUR, 2008).

A DP impõe mudanças nas rotinas diárias do paciente, e quando a DRC atinge qualquer membro da família, ocasiona preocupação com o doente e mudanças no cotidiano familiar, interferindo em toda sua estrutura. Nessa situação, a família necessita se adaptar e se reorganizar, na medida em que os papéis precisam ser repensados e distribuídos para conduzir e assimilar o adoecimento do familiar (SADALA et al, 2012; TIMM, 2013).

A família é um sistema com valores, crenças, conhecimentos e práticas, que na sua dinâmica de funcionamento considera seus saberes na promoção, prevenção e tratamento das doenças de seus membros. No adoecimento de um dos membros da família, todo sistema familiar precisa se reorganizar para assimilar a nova situação, aprendendo a conviver com a patologia e com possíveis adaptações e mudanças de papéis.

Trabalhar com a família demanda dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, atendentes, auxiliares e técnicos em diálise) mudanças na concepção de atuação, uma vez que a formação ainda está centrada no modelo biomédico, que visualiza apenas o indivíduo e a doença. Desta maneira, a inclusão da família nos cuidados em saúde, precisa ser valorizada pelas equipes, pois muitas vezes na prática, a família é descontextualizada do cuidado ao paciente (GULLO, LIMA, SILVA, 2000; TIMM, 2013). Assim, observa-se a necessidade de inclusão da família no tratamento dos pacientes em diálise peritoneal domiciliar (DPD), tendo em vista o relevante papel desenvolvido pelos familiares e cuidadores.

Diante disso, ressalta-se o protagonismo exercido pela enfermagem na atenção a esses pacientes, destacando o importante papel educativo desenvolvido pelo enfermeiro, na medida em que prepara a família e o paciente para assumir os procedimentos da diálise peritoneal domiciliar, encorajando o paciente a ser co-responsável pelo seu cuidado com o auxílio de seus familiares (SADALA et al, 2012).

Assim, esse estudo mostra-se relevante devido ao numero elevado de óbitos por ano para a enfermagem na medida em que explora a experiência subjetiva dos pacientes com o intuito de auxiliar os profissionais da enfermagem a se aproximarem da realidade vivenciada por esses pacientes, reconhecendo suas reais necessidades e prestando uma assistência integral e resolutive. Além disso, apresenta contribuições científicas para a atenção de enfermagem em nefrologia, tendo em vista o crescente número de indivíduos renais crônicos no país e a necessidade de formação de recursos humanos em enfermagem capacitados para atender esse grupo populacional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA

2.1.1 Fisiopatologia

A DRC é definida pela presença de lesão tecidual ou de taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60 mL/min/1,73 m² durante 3 meses. Essa lesão ou diminuição do funcionamento dos rins também podem estar relacionados com outras patologias como, diabetes, hipertensão, glomerulonefrite, lúpus eritematoso sistêmico e doença renal policística (PORTH; MATFIN, 2010).

A Iniciativa de Qualidade em Desfechos de Doenças Renais da Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos (NKF – K/DOQI) propõe que a DRC é classificada em 4 estágios. No primeiro estágio os pacientes têm função renal de depuração normal, ou seja, filtração glomerular maior ou igual a 90 mL/min/1,73 m², mas evidenciam dano renal como, por exemplo, proteinúria. No estágio 2 existe dano renal e diminuição leve de função (filtração glomerular entre 60 e 89 mL/min/1,73 m²). No estágio 3 a filtração glomerular está entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² com perda moderada de função renal. Já o quarto estágio é caracterizado por perda grave de função com filtração glomerular entre 15 e 29 mL/min/1,73 m². E por fim, o quinto e último estágio denominado de doença renal terminal que é caracterizada por filtração glomerular menor do que 15 mL/min/1,73 m² (PORTH; MATFIN, 2010).

À medida que a função renal diminui, o produto final do metabolismo protéico, que são normalmente excretados na urina, acumula-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do organismo. Quanto maior for o acúmulo de produtos residuais, mais graves serão os sintomas. A velocidade do declínio da função renal na progressão da DRC está relacionada com distúrbio subjacente, com a excreção urinária de proteína e com a presença da hipertensão. A doença tende a progredir com maior rapidez nos pacientes que excretam quantidades significativas de proteína ou que apresentam hipertensão em comparação àqueles sem essas condições (SMELTZER et al, 2012).

2.1.2 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas da DRC consistem em acúmulo de produtos nitrogenados; alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico; distúrbios minerais e esqueléticos;

anemia e distúrbios da coagulação; hipertensão e alterações da função cardiovascular; distúrbios gastrointestinais; complicações neurológicas; distúrbios da integridade da pele e distúrbios da função imunológica. Devido a disfunção renal uma ou várias desses distúrbios podem se manifestar, no entanto por se tratarem de manifestações clínicas comuns a diversas patologias, os pacientes podem apresentá-los mesmo sem ter ainda diagnosticado de forma a DRC. O momento em que esses distúrbios aparecem e a gravidade das manifestações é determinada, em grande parte, pelo grau de função renal existente e pela presença concomitante de doenças. Porém, muitos desses distúrbios surgem antes que a TFG tenha alcançado o estágio de insuficiência renal (PORTH; MATFIN, 2010).

As manifestações relacionadas ao desequilíbrio hidroeletrolítico e ácido base são extremamente comuns em doenças renais. Dentre estas complicações destacam-se: a hipercalemia (alta concentração de potássio no sangue), devido à sua excreção diminuída e a acidose metabólica que ocasiona uma diminuição no pH do sangue. Já a pericardite, o derrame pericárdico e tamponamento pericárdico, que podem ocorrer devido à retenção dos produtos de degradação urêmicos e diálise inadequada são complicações que estão relacionados com possíveis manifestações cardiovasculares. Ainda no sistema cardiovascular é muito comum a presença de hipertensão em consequência da retenção de sódio e água e da disfunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona. A anemia pode se manifestar devido à produção diminuída de eritropoetina e ou redução do tempo de sobrevivência dos eritrócitos. Ainda, na presença de altos níveis de fósforo, alumínio, metabolismo anormal da vitamina D e nível sérico de cálcio reduzido, distúrbios esqueléticos podem se manifestar (SMELTZER et al, 2012).

2.1.3 Tratamento

À medida que se faz precocemente o diagnóstico de DRC, o tratamento conservador é indicado e deve ser realizado em centros especializados com a participação do nefrologista, urologista, nutricionista, psicólogos, enfermeiros e assistente social. O tratamento é proposto de acordo com o estágio da doença do paciente, que geralmente procura um serviço médico-hospitalar, em fase avançada quando, muitas vezes, as técnicas de diálise (diálise peritoneal ou hemodiálise) tornam-se indispensáveis para a manutenção da vida. Também existe o transplante de rim, mas nenhuma dessas modalidades de terapias são curativas, pois apenas substituem a função dos rins. (ABRAHÃO, 2006)

A HD se faz pela depuração sanguínea extra-corpórea realizada por meio de uma fístula artério-venosa, comumente localizada entre os vasos radiais ou braquiais do braço não dominante, ou por meio de um cateter de duplo lume na veia jugular ou subclávia. A sessão deve durar 4 horas, 3 vezes por semana o que, geralmente interfere na vida social do paciente. (ABRAHÃO, 2006)

A DP é a outra modalidade de diálise para pacientes portadores de DRC, que são incapazes ou que não tem vontade de se submeter à HD ou ao transplante renal. A troca de substâncias ocorre na membrana peritoneal que cobre os órgãos abdominais e que reveste a parede abdominal atuando como uma membrana semipermeável. O líquido dialisado estéril é introduzido na cavidade peritoneal através de um cateter abdominal ocorrendo a depuração, e após um determinado intervalo de tempo, este líquido é drenado da região do peritônio do paciente. (SMELTZER et al, 2012)

Já para o transplante renal um rim de um doador, que será colocado cirurgicamente no paciente receptor. O rim doado é inserido na fossa ilíaca do lado oposto ao rim que perdeu suas funções ou foi retirado, a veia ilíaca externa é usada para anastomose com a veia renal, assim como a artéria renal é anastomosada com a artéria ilíaca interna ou externa. Já o ureter do doador é anastomosado com a bexiga do receptor. (LUVISOTTO; CARVALHO; GALDEANO, 2007)

O transplante, embora proporcione uma melhor qualidade de vida ao libertar o paciente da terapia dialítica, obriga-os a adotar um estilo de vida diferenciado em relação à alimentação, higiene, medicamentos e cuidados com a saúde. (LIRA; LOPES, 2010)

2.1.4 Cuidados de enfermagem

Os cuidados de enfermagem são direcionados para avaliar o estado hídrico e identificar fontes potenciais de desequilíbrio, implementar um programa nutricional para garantir um aporte nutricional apropriado dentro dos limites do esquema de tratamento e promover sentimentos positivos ao incentivar um aumento do autocuidado e maior independência (SMELTZER et al, 2012).

Atualmente os cuidados de enfermagem é aplicado através da Sistematização da Assistência em Enfermagem, onde o processo de enfermagem desenvolve-se em cinco etapas: *investigação*, que consiste no levantamento de informações sobre o cliente; *diagnóstico de enfermagem*, caracterizada como a etapa de identificação de problemas mediante julgamento clínico dos dados coletados; *planejamento*, que contempla o estabelecimento de prioridades

imediatas no cuidado, definição de metas, determinação das intervenções e do plano de cuidados; *implementação*, ou seja, aplicação das intervenções; e *avaliação*, para verificar a eficácia de todo o processo (RAMOS et al, 2007).

O enfermeiro planeja a assistência, escolhe o sistema de enfermagem mais adequado ao paciente e, em seguida, estabelece cuidados de enfermagem dirigidos ao paciente e a suas redes sociais de relação. Assim para orientar o desenvolvimento das ações de enfermagem, são elaboradas metas e objetivos a serem atingidos no cuidado ao paciente (RAMOS et al, 2007).

2.2 DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR

A DP é uma das terapias mais utilizadas no âmbito domiciliar, que pode ser realizada pelo próprio doente, ou outra pessoa, geralmente, um membro da família, de forma manual ou automatizada. As terapias executadas de forma manual no domicílio são denominadas de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua, e Diálise Peritoneal Automatizada (TIMM, 2013).

2.2.1 Procedimentos e vias de acesso

As principais modalidades de DP são a DPAC e a DPA. A DPAC trata-se de um método manual, caracterizado pela infusão de 1,5 a 2,5 L de solução de diálise na cavidade peritoneal. O volume infundido é drenado após certo tempo de permanência na cavidade peritoneal. Habitualmente são realizadas três trocas diurnas com permanência de 5 a 6 horas e uma troca noturna com permanência de 6 a 8 horas; Já a DPA é um método automático, que utiliza-se uma máquina cicladora acoplada ao cateter peritoneal (cateter de Tenckhoff). Essa cicladora realiza, de forma automática, as trocas de solução de diálise (infusão e drenagem). São feitas de três a seis trocas no período da noite, enquanto o paciente dorme (ABENSUR, 2008).

2.2.2 Vantagens e complicações

A DP vem sendo apontada como uma modalidade de TRS que favorece o retorno e a manutenção do paciente com DRC terminal ao mercado de trabalho em função de maior autonomia para o autocuidado, da flexibilidade para a realização do tratamento no domicílio com retorno ao ambulatório apenas uma vez ao mês (OLIVEIRA et al, 2012).

A diálise peritoneal é um regime terapêutico de cumprimento desafiador, exigindo muita disciplina devido às mudanças de estilo de vida, podendo levar as pessoas que realizam este tratamento a uma grande fadiga. A fadiga é relacionada à restrição de atividade social e a limitação nas atividades da vida diária (TIMM, 2013).

A principal complicação da DPAC é a peritonite relacionada ao deficiente cuidado e higiene do cateter. Ainda, o risco de peritonite se maior quando não se utiliza o sistema descartável. No entanto, mesmo com advento do equipo descartável, observa-se infecção do orifício de saída (IOS) tanto para DPAC como para DPI. Outras complicações mecânicas foram também relacionadas, tais como o extravasamento ao redor do cateter, sangramento, dor e demora na drenagem (TRAJANO; MARQUES, 2005).

3 METODOLOGIA

Frente a esse contexto, emergiu a necessidade de realizar um levantamento bibliográfico com finalidade de conhecer a produção científica sobre a temática da diálise peritoneal no âmbito domiciliar e o protagonismo exercido pela enfermagem frente ao paciente e a família. O levantamento foi realizado em junho de 2013 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), e Base de Dados de Enfermagem (*BDENF*), utilizando-se os descritores, “diálise peritoneal” e “enfermagem”. Foram incluídos estudos com humanos e as produções no idioma Português, com texto na íntegra disponível *online*. Na busca inicial foram encontradas 33 produções, após a leitura de todos os títulos e resumos considerando os critérios de inclusão, 10 estudos foram selecionados para análise do texto na íntegra. Além desses também foram consultados livros textos clássicos em enfermagem e nefrologia.

Segundo Gil (2007), a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Brasil tem um índice de pacientes realizando DP muito baixo, comparado aos que realizam a HD. Mas esse índice vem aumentando, mesmo que vagarosamente, nos últimos anos, principalmente em pacientes no estágio final de IRC. A assistência de enfermagem a estes pacientes críticos submetidos a tratamento dialítico, exige dos profissionais conhecimentos teórico-práticos específicos que o capacitem a atender os pacientes com segurança, prevenindo dessa forma, a incidência de ocorrência iatrogênicas, de consequências indesejáveis no decorrer do tratamento.

As famílias consideram o processo inicial do tratamento da diálise peritoneal no domicílio um desafio a ser enfrentado. Ele é marcado pela necessidade de conhecer, aprender e dominar a técnica da diálise pela família e pelo próprio doente, de acordo com suas condições clínicas. Com isso a família precisa definir seus papéis e se organizar para assumir o tratamento contando com a participação de seus membros internos e externos, para realizar de forma efetiva e segura a diálise.

Nos casos de cuidado domiciliar, o enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar o ambiente da casa e sugerir modificações necessárias para acomodar o equipamento e as instalações exigidas para realizar efetivamente a DP. Além disso, o enfermeiro avalia a compreensão da DP pelo paciente e pela família, bem como o uso da técnica segura na realização da DP. As condições de educação, higiene e moradia devem ser avaliadas por equipe multidisciplinar e serão determinantes no sucesso do tratamento. O respeito ao estilo de vida do paciente e familiar, bem como condições de alcançar adequação dialítica, fazem parte da decisão de se tratar um paciente com DP.

Com relação às complicações, o enfermeiro deve instruir o paciente e os familiares que participarão do processo da diálise, simulando possíveis intercorrências e soluções para cada caso, pois o ambiente domiciliar não dispõe dos mesmos recursos do ambiente hospitalar.

Uma das prioridades dos profissionais de saúde é estimular o autocuidado dos pacientes, maximizando a sua qualidade de vida. Assim, concepções de autocuidado e cuidado centrado no paciente seriam as melhores bases para atingir esse objetivo. O enfermeiro, por ser um dos profissionais da área de saúde que mais se aproxima, desempenha papel decisivo no processo educativo, visando a adaptação dos pacientes e a superação de suas dificuldades. Essa proximidade é decorrente, principalmente, do tempo dedicado a estes.

Perguntar aos pacientes sobre a sua compreensão a respeito da doença e do tratamento, quais suas fontes de estresse e insegurança, o impacto da diálise na sua vida, são maneiras de compreender a problemática da patologia no lar e, conseqüentemente, poder direcionar uma assistência individualizada na direção do autocuidado. Essas intervenções no nível individual, provavelmente, terão efeitos positivos para o paciente e poderão ser incorporadas ao plano de cuidado destinado aos portadores de DRC.

5 CONCLUSÕES

A doença renal crônica é a diminuição severa da taxa de filtração glomerular dos rins que devido a incapacidade de filtração do nefron;

Os pacientes no Brasil portadores de DRC tem uma taxa de morte anual próximo a 20%;

O portador de DRC possui manifestações clínicas severas, tais como: acúmulo de produtos nitrogenados; alterações do equilíbrio hidroeletrolítico e acidobásico; distúrbios minerais e esqueléticos; anemia e distúrbios da coagulação; hipertensão e alterações da função cardiovascular; distúrbios gastrointestinais; complicações neurológicas; distúrbios da integridade da pele e distúrbios da função imunológica.

Do total de pacientes que fazem tratamento dialítico, 10% fazem uso da diálise peritoneal, e a maioria dos pacientes renais crônicos realizam a hemodiálise como terapia renal substitutiva;

Aqueles pacientes que optam pela diálise peritoneal como tratamento dialítico tem uma melhor qualidade de vida devida realização do procedimento de troca diária, para a filtração dos produtos finais do metabolismo, não ocorrendo o acúmulo dessas substâncias nocivas no organismo;

A família tem papel fundamental na participação do processo da diálise peritoneal domiciliar;

O enfermeiro exerce papel de protagonismo frente a equipe multiprofissional, sendo responsável pela avaliação do ambiente e pelo treinamento do paciente e seus familiares quanto uso de técnica correta da diálise peritoneal no domicílio.

REFERÊNCIAS

- ABENSUR, H. Uso da diálise peritoneal em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev Bras Hipertens**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.162-165, 2008.
- ABRAHÃO, S. S. **Determinantes de falhas da diálise peritoneal no domicílio de crianças e adolescentes assistidos pelo hospital das clínicas da UFMG**. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- BRAGA, S. F. M. **Avaliação da Qualidade de Vida de Pacientes Idosos em Hemodiálise em Belo Horizonte – MG**. 172 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2009.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007
- GULLO, A. B. M.; LIMA A. F. C.; SILVA M. J. P. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev.Esc.Enf.USP**,v. 34, n. 2, p. 209-12, jun. 2000.
- LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Pacientes transplantados renais: análise de associação dos diagnósticos de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p.108-114, mar. 2010.
- LUVISOTTO, M. M.; CARVALHO, R.; GALDEANO, L. E. Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato. **Einstein**, São Paulo, v. 2, n. 5, p.117-122, 2007.
- MOREIRA, D. S.; VIEIRA, M. R. R. Crianças em tratamento dialítico: A assistência pelo enfermeiro. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 17, n. 1, p.10-14, 2010.
- OLIVEIRA, M. P. de et al. Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta paul. Enferm**,., vol.25, n.3, p. 352-357, 2012.
- PORTH, C. M.; MATFIN, G. **Fisiopatologia**. 8ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1650 p.
- RAMOS, I. C. et al. A teoria de Orem e o cuidado a paciente renal crônico. **R Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.444-449, 2007.
- SADALA M. L. A. et al. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Rev. latinoam. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 20, p. 01-08, 2012.
- SESSO, R. C. C. et al. Diálise Crônica no Brasil - Relatório do Censo Brasileiro de Diálise, 2011 vol.34, n.3, p. 272-277, 2012.
- SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 5, n. 1, p.10-14, 2003.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. 2404 p

TIMM, A. M. B. **Convívio da família diante da diálise peritoneal no domicílio: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

TRAJANO, J.S.; MARQUES, I. R.. Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. **R. Rev Enferm UNISA**, Santo Amaro, n. 6, p.53-57, 2005.