

**DIÁLISE PERITONEAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: A VISÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UM SETOR  
DE DIÁLISE PERITONEAL**

**PERITONEAL DIALYSIS AND PUBLIC POLICY: THE VISION OF  
PROFESSIONALS OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN A PERITONEAL  
DIALYSIS SECTOR**

**TATIANE MARCIELLE AMARAL COSTA<sup>1</sup>**

**ALESSANDRA GENÚ PACHECO<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Assistente Social, discente do curso de Especialização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade do Estado do Pará, na área da Atenção a Nefrologia. Cj. Império Amazônico, psg. Santa Terezinha nº14 – Bairro – Souza – Belém – Pará. Contatos: (91) 98711-4915 / (91) 98500-1177. Email: [tatianecostaas@gmail.com](mailto:tatianecostaas@gmail.com)

<sup>2</sup> Assistente Social da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará. Trav. W-1, casa 142 – COHAB – Bairro da Campina – Icoaraci – Belém – Pará. Contatos: (91) 4005-2614 / (91) 99135-2882. Email: [genule@uol.com.br](mailto:genule@uol.com.br)

## **RESUMO**

Este trabalho foi construído por meio da experiência com pacientes renais crônicos em hemodiálise. O objetivo foi analisar quais os fatores técnicos e intersetoriais, podem interferir na mudança da hemodiálise para a diálise peritoneal. Utilizou-se a metodologia da pesquisa qualitativa. Entrevistamos 04 profissionais através de entrevistas semiestruturadas e com análise de conteúdo baseada em Bardin. Concluiu-se que, os fatores técnicos e intersetoriais implicam diretamente na dificuldade em mudar para a modalidade da diálise peritoneal.

**PALAVRAS-CHAVE:** DIÁLISE. POLÍTICAS PÚBLICAS. FATORES. MUDANÇA

## **ABSTRACT**

This work was built through experience with chronic renal failure patients on hemodialysis. The aim was to analyze which technical and intersectoral factors can interfere with the change of hemodialysis to peritoneal dialysis. We used the qualitative research methodology. We interviewed 04 professionals through semi-structured interviews and content analysis based on Bardin. It was concluded that the technical and intersectoral factors directly affect the difficulty in changing to the form of peritoneal dialysis

**KEYWORDS:** DIALYSIS. PUBLIC POLICY. FACTORS. CHANGE

## INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é fatal, a menos que o paciente seja submetido a uma TRS ou o transplante renal, dessa forma é considerada um grande problema de saúde pública. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN de 2013, a cada ano, cerca de 34 mil brasileiros necessitam iniciar tratamento dialítico. As taxas de morbidade e mortalidade são elevadas, o que implica diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde.

A DRC diz respeito a uma lesão renal que inclui a perda progressiva e irreversível da função desempenhada pelos rins. Na sua fase mais avançada, conhecida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), não há possibilidade dos rins manterem a normalidade do meio interno do paciente (ROMÃO, 2004). Os rins são órgãos de vital importância para o bom funcionamento do corpo humano e desempenham diversas funções, entre as quais destacam-se a eliminação de substâncias tóxicas, filtragem dos resíduos do sangue e do excesso de sal e água, manutenção do equilíbrio de eletrólitos, além de produção e secreção de hormônios (AJZEN; SCHOR, 2005).

Diante do diagnóstico de doente renal crônico, o paciente deve escolher qual modalidade de TRS irá realizar; porém, até fechar este diagnóstico, o ideal seria que o paciente acessasse uma terapia renal substitutiva a partir de um tratamento conservador, isto é, estivesse sendo mantido em atenção e cuidados desde quando diagnosticado em uma UBS, através de programas como o HIPERDIA – Programa voltado para diabéticos e hipertensos que consiste no fornecimento de medicação controlada e acompanhamento de forma integral do usuário através de consultas mensais com clínico geral, nutricionista e enfermeiro - até que seus exames acusassem alguma disfunção renal, tornando-o crônico e necessitando de uma TRS para sobreviver, a partir de então podendo escolher entre as TRS, que são três: a (1) hemodiálise, a (2) diálise peritoneal, que pode ser ambulatorial contínua (DPAC) ou automatizada (DPA), ou (3) o transplante renal (MALAGUTI e FERRAZ, 2011). Entretanto, o que de fato acontece é a entrada dos usuários em urgência dialítica nos hospitais e prontos-socorros, não podendo escolher entre as TRS, tendo que ir direto para a hemodiálise, visto que essa é terapia mais imediata, diante do risco de morte por conta das intercorrências atribuídas à falência da função renal, condição na qual o paciente adentra os hospitais

As modalidades de tratamento da doença renal crônica surgem como a substituição parcial das funções renais, entretanto não são consideradas cura, nem mesmo o transplante, já que este enxerto (denomina-se assim o novo rim) tem duração em média de 10 anos, outra questão é, uma vez que a doença já é considerada crônica o paciente torna-se dependente da diálise. Segundo o Censo da SBN (2013) temos 91% de pacientes em HD e 8,8% em diálise peritoneal custeados pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

A modalidade de tratamento da diálise peritoneal (foco do estudo) requer adaptações na residência para que seja realizado com êxito e segurança; apoio e auxílio da família, já que requer treinamento de algumas pessoas para realizar o tratamento e uma rede socioassistencial conhecida e fortalecida para assegurar ao paciente o acesso a política pública e social voltada ao determinante que dificultará a mudança de tratamento dialítico.

Deve-se ressaltar que, a maioria dos pacientes só sabe da DP quando indicada pelo médico a essa modalidade, geralmente por conta da falência de acesso - Esta expressão corresponde ao cessamento de acesso vascular, isto é, não se pode mais utilizar o Cateter, a fístula ou permicath para a realização da hemodiálise no paciente, isso por situações como trombose, infecções e uso mesmo por conta dos vários anos de diálise (RIELLA, 2010, p. 889) - e não no início da terapia renal substitutiva como uma escolha. No entanto, conforme preconiza a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 154, de 15 de junho de 2004, que estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise:

### 3. INDICAÇÃO DE DIÁLISE E MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE.

3.2. A escolha e a indicação do tipo de tratamento dialítico a que deve ser submetido cada paciente devem ser efetuadas ponderando-se o seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco inerente a cada opção terapêutica.

3.2.1. O paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos, garantindo-lhe a livre escolha do método respeitando as contra indicações.

Em BEVILAC; GUERRA (2012), a visita domiciliar deve ser vista como uma “ajuda” que a equipe multidisciplinar presta ao paciente, na tentativa de facilitar a adaptação de seu domicílio, no sentido de tornar o local mais adequado possível para realizar sua DP; listar-se-á a seguir o que deve ser observado na residência durante a

visita domiciliar: número de cômodos; tipo de construção; rede elétrica e facilidade de acesso para comunicação telefônica; saneamento básico e pavimentação da rua; número de pessoas que vivem na casa e relacionamento interpessoal dos moradores.

Quando não se é observado na residência um local adequado para troca, a equipe procura, cada um em sua especificidade, alternativas e acesso a direitos sociais (competência do assistente social), para que depois, juntos, encontrem soluções, a fim de proporcionar ao paciente a mudança de modalidade. Dessa forma, os problemas relacionados aos Determinantes Sociais da Saúde, que será um dos objetos de estudo nesta pesquisa, devem ser observados e trabalhados, em busca de resolutividades para que o paciente não seja cerceado do seu direito à vida.

No campo das políticas públicas, os pacientes renais crônicos ainda não contam com uma política voltada especificamente para o atendimento as suas necessidades, muito embora com o processo de reorganização do SUS tenha ocorrido mudanças profundas e significativas ao segmento dos renais crônicos, a exemplo da Política Nacional de Atendimento ao Portador de Doença Renal Crônica – PNAPDR e mais recentemente com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência não acarretou em melhorias e prioridades ao doente renal crônico, o fato é que, todas as ações envolvidas na atenção ao renal crônico (prevenção, tratamento e assistência) necessita não somente da ação do Estado mas sim de todo envolvimento e engajamento da sociedade.

O objetivo central deste trabalho foi avaliar quais os fatores técnicos e intersetoriais podem interferir na mudança do paciente em hemodiálise para a diálise peritoneal, na visão dos profissionais multidisciplinar ligados a um setor de diálise peritoneal.

## **PERCURSSO METODOLÓGICO**

### **Abordagem da pesquisa**

Minayo *et al.* (2014) entende a pesquisa como a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Segundo esses autores, a pesquisa é que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, a priori, um problema da vida prática. Neste sentido, entendemos que toda pesquisa requer um modo ou modelo de se

pesquisar. Desta forma, a presente investigação é pautada na abordagem qualitativa dos dados. Nestes termos, concorda-se com o seguinte pensamento sobre o método qualitativo:

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2014, p. 57).

Cabe ressaltar que estamos no campo da pesquisa social, e em uma de suas ramificações, a pesquisa social em saúde, campo este que retrata o fenômeno saúde-doença e a relação com as instituições políticas, os serviços, assim como os usuários e profissionais envolvidos. De acordo com Minayo (2014), a pesquisa social investiga o ser humano em sociedade, as suas relações, instituições e sua história. Nestes termos, a abordagem qualitativa que trata do mundo dos significados e da importância da história de vida da pessoa faz-se salutar para o entendimento do nosso objeto de pesquisa.

## **Participantes**

Participaram da pesquisa dois enfermeiros e dois assistentes sociais que fazem parte de uma equipe biopsicossocial de um setor de Diálise Peritoneal, em um Hospital de referência. Os profissionais, todos quatro possuem especialização, no caso das enfermeiras em Nefrologia, e todos com mais de 6 anos de experiência na área da Atenção à Nefrologia.

## **Instrumentos**

O instrumento utilizado ao longo da pesquisa de campo foi um roteiro de entrevista semiestruturada. O questionário era dividido em duas partes, a primeira com perguntas fechadas contendo perguntas pessoais e a outra parte com perguntas subjetivas. As entrevistas foram gravadas em áudio.

A modalidade de entrevista semi-estruturada difere apenas em grau da não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. Mas, neste caso, a semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador (MINAYO, 2014, p. 267).

### **Procedimentos de coleta**

A coleta de dados se iniciou após a submissão do projeto ao Comitê de Ética, aprovado por meio do parecer nº 1.289.254. Realizamos a entrevista no consultório da diálise peritoneal, conforme disponibilidade dos mesmos, então líamos o TCLE e após consentimento, dava-se início à entrevista, todas ocorreram no segundo semestre de 2015 e tiveram duração média de 15m.

### **Análise dos dados**

Após as entrevistas, as mesmas foram transcritas, na íntegra, todas as informações obtidas dos relatos dos participantes. Utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin, para realizar a interpretação e análise de achados. Para Bardin, a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 229).

Conforme proposto por Bardin foram seguidas algumas etapas para realização da análise de conteúdo:

**a) Pré-análise:** no primeiro momento os dados foram organizados, por ordem de entrevista. Após as transcrições, se deu início a uma leitura flutuante do conteúdo dos relatos e a escolha dos materiais que poderiam auxiliar na interpretação dos achados, através de questões norteadoras.

**b) Exploração do Material:** nesta etapa, explorou-se o material, realizando formulação de categorias temáticas, através de palavras e/ou expressões dos participantes, dando-se mais ênfase nos temas mais recorrentes e que responderam os objetivos do trabalho.

**c) Tratamento dos Dados:** por último, foi realizada uma análise sistemática dos dados e categorias encontrados, com o objetivo de vincular o conteúdo expresso nas entrevistas e as pesquisas sobre o assunto, relacionando a teoria com os dados encontrados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Os profissionais da equipe biopsicossocial e sua visão sobre os determinantes sociais de saúde**

Uma de nossas perguntas era “o que mais dificulta o usuário na mudança para diálise peritoneal”? Queríamos saber quais determinantes sociais de saúde seriam os maiores dificultadores em relação à mudança para a modalidade de Diálise Peritoneal. Obtivemos as seguintes respostas:

*AS.1 - A aceitação da família, de ter o cuidador pra esse paciente esse é um ponto crucial, talvez até mais importante que a própria dificuldade socioeconômica das famílias, é a questão do cuidador, da aceitação da família em determinar quem serão essas pessoas, quem são esses familiares que estarão disponíveis a aceitar e a assumir essa responsabilidade como cuidador desse paciente (COSTA, 2015).*



*AS 2 - A situação socioeconômica da família é muito pertinente, e isso é em qualquer tratamento, mas na peritoneal ele precisa ter um conforto maior, ter um quarto de troca, ter condições de manter a higiene desse ambiente limpo e conservado, então vai requerer realmente uma carga maior neh, na situação econômica que sobrecarrega sim nesse sentido (COSTA, 2015).*

*Enfa 1 - Na verdade, assim, de todo esse tempo o que que eu percebo, todo local é adaptável tá, todo local por mais difícil que seja, sendo casa de madeira, a gente coloca, forra ao redor, teve paciente que fez dois por dois. Então, se a pessoa tem o desejo, a vontade de vir pro tratamento e, ela não vem contrariada, ela tem aquele positividade de que vai dá certo, mas se só o paciente quer e a família não quer, não vai dá certo. Por que assim, se ele for dependente da família, não tiver o apoio, não vai contribuir pra este tratamento dá certo, mas, por mais que ele tenha a melhor residência do mundo, a gente já teve paciente que tinha uma residência maravilhosa, um espaço só pra CAPD, mas era dependente e a família não aderiu, se a família não aderiu o tratamento não foi pra frente. Então, depende além da estrutura, têm que ter uma boa estrutura familiar [...] (COSTA, 2015).*

*Enfa 2 - Eu penso que é o conhecimento, é, a maioria dos pacientes, dos usuários que chegam pra gente eles não tem conhecimento da terapia ou porque o médico não falou, ou porque nunca foi falado em nenhum momento, por nenhum profissional é, na modalidade que ele já executava antes, quer ser conservador ou hemodiálise, até o paciente que tenha vindo do transplante e nunca tenha passado por uma terapia, ele não tem esse esclarecimento, muito pouco, muito poucos pacientes conseguem chegar aqui ah eu sabia da peritoneal, ah eu fui esclarecido a optar, a escolher a modalidade e optei pela peritoneal, é raríssimo os pacientes que chegam com essa, com esse esclarecimento [...] (COSTA, 2015).*

Os excertos citados mostram que dois profissionais afirmaram que a família é o ponto principal e crucial para a aceitação e a mudança de terapia renal substitutiva. O convívio familiar, um histórico de relação harmoniosa e responsável entre os integrantes da família faz toda a diferença na mudança do paciente para a diálise peritoneal.

Simonetti e Ferreira (2008) referem que na maioria das vezes o papel do cuidador é realizado somente por um familiar, o que acarreta sobrecarga física e psicológica. Cabe lembrar que, para o tratamento da diálise peritoneal necessita que pelo menos duas pessoas sejam treinadas para realizar as trocas, além de algumas vezes o próprio paciente,

desde que ele tenha condições físicas e cognitivas para isso. No entanto, percebeu-se que durante as avaliações e entrevistas os familiares não se demonstravam muito dispostos a serem cuidadores, pois este tratamento é realizado sem pausa, todos os dias (uma troca a cada 04hs), precisando do cuidador abdicação de tempo. A realização da diálise no domicílio provoca modificações na rotina, pois exige que o cuidador dedique-se integralmente, levando-o a redefinir seu dia-a-dia, podendo ocorrer perdas na esfera pessoal, social e econômica (CESAR *et al.*, 2013).

Outra questão a se conhecer nesse processo de mudança de modalidade de terapia renal se refere a quais medidas (sejam técnicas, governamentais e de responsabilidade dos gestores hospitalares), na visão do profissional, poderiam ser tomadas para contribuir para o acesso à mudança de modalidade de tratamento?

*AS 1 – [...] eu não sei qual o problema, qual a real situação, pois a gente vê isso nos pacientes que estão no ambulatório, que estão em tratamento conservador, os médicos não têm o hábito de informar aos pacientes, de dá a opção ao paciente das modalidades de terapia. O paciente quando tem a possibilidade já é encaminhado pra fístula, ele já é orientado sobre a questão de hemodiálise, já é solicitado vaga de hemodiálise no momento de começar, você não observa esse cuidado da equipe médica de dá ao paciente a outra opção da diálise peritoneal (COSTA, 2015)*

*AS 2 - Eu acho que essa abordagem já deveria ser feita desde o ambulatório, desde o conservador, já esclarecer as formas de tratamento para o renal crônico, a hemodiálise, a diálise peritoneal e até o transplante neh, porque também é um tratamento, e eu acho que deveria ser focado desde o ambulatório. Já sendo bem esclarecido pela equipe multi, agora tem pacientes que não tem opção, ele já precisa realmente mudar de tratamento para peritoneal. E também é uma opção que deve ser colocada antes dele ir pra hemodiálise, já poderia começar com a peritoneal, mas isso só com indicações médicas, tudo é uma análise médica e clínica que independe do assistente social (COSTA, 2015).*

*Enf 1 - Falta conscientização dos médicos abordarem essa situação, esse tipo de tratamento, dá escolhas aos pacientes, na questão deles definirem qual melhor tratamento que eles querem, é, eu acredito que teria que ter uma equipe de apoio nos postos de saúde, porque eles chegam em edema agudo, já em falência da parte renal e vão descobrir a doença aqui, então já*

*entraram em hemodiálise e, aí foi o primeiro tratamento que ele entrou e viu que houve melhora e aí ele não quer sair mais, e aí ele tem receio de mudar. Criar ambulatórios em várias outras instituições, eu acho que isso é uma coisa que tá começando agora no HC, mas que tá, tá caminhando mais tem algumas dificuldades mas, é essencial pra gente levar informação (COSTA, 2015).*

*Enf 2 - É, eu vejo que seria esclarecimento mesmo em termos da terapia, nas opções da terapia, implantação da terapia em diversos serviços, eu sei que a Portaria de 2004 quando ela foi lançada, ela tinha a obrigatoriedade de ter o serviço da diálise peritoneal, aí vários empresários do ramo das clínicas de diálise se manifestaram na câmara técnica pra poder retirar e conseguiram retirar essa obrigatoriedade da diálise peritoneal [...] E eu penso até que, as esferas maiores de nível de governo, por exemplo, o que, que a gente vê muito, comprasse máquina e abre-se centro, até o próprio governo do Estado faz isso neh, eu li uma reportagem de Santarém que estão fazendo o quarto turno, que vão comprar quinze máquinas, por que não implantar o serviço de diálise peritoneal, entendeu? Vai se comprar máquina o tempo todo e vai ter paciente sim, é uma terapia que é maior neh, o custo é bem maior, mas porque não implantar cada serviço desse do interior do Estado que tem os Hospitais Metropolitanos a terapia, é uma terapia, lá tem conservador também porque eles atendem ambulatório, e a outra terapia, tem por exemplo acho que o hospital de Redenção que eles realizam transplante não estou muito bem recordada, tem um Hospital Metropolitano que eles realizam transplante, tem hemodiálise e porque não tem a peritoneal entendeu? (COSTA, 2015).*

Tivemos uma maioria de afirmações sobre a importância e a necessidade dos médicos - sejam eles de hemodiálise e/ou de tratamento conservador - abordarem a diálise peritoneal, esclarecendo e incentivando pacientes a optarem e mudarem para a modalidade de CAPD. Como determina na RDC nº 154, o médico deve informar e indicar a melhor modalidade de TRS ao paciente, adequando-a ao seu estado clínico, situação social e psicológica.

Tais informações devem ser prestadas durante o tratamento conservador (seja em uma UBS seja em ambulatório especializado) e até mesmo, quando o paciente já estiver realizando hemodiálise, devido à urgência dialítica, pois se deve pensar sempre no bem-estar do usuário.

## CONCLUSÃO

No decorrer da pesquisa nos deparamos com vários entraves para a efetiva mudança do paciente de hemodiálise para a diálise peritoneal, dentre os quais destacamos as questões habitacional, assistencial, previdenciária e familiar. Evidenciou-se que os determinantes sociais de saúde devem ser estudados e analisados por toda a equipe e para cada usuário que for indicado à diálise peritoneal, pois observamos durante o estudo que a atenção dos profissionais envolvidos diretamente com o paciente para a situação socioeconômica permite a implementação de uma estratégia no intuito de viabilizar e agilizar a mudança para a diálise peritoneal.

Devemos ainda considerar que, de acordo com nossa pesquisa, a falta de informação por parte dos médicos sobre a modalidade da diálise peritoneal é um dos fatores determinantes para a mudança ou não do paciente. No decorrer da pesquisa de campo tivemos como observar que a demora nessa indicação corroborou muito para o atraso nessa migração de modalidade, pois devemos concordar que, resolver e/ou amenizar situação socioeconômica cabe muito tempo, e se o paciente já chegar com informação sobre a DP e/ou durante o início em hemodiálise lhe ser divulgado e informado, caberá tempo ao assistente social responsável para acionar a rede socioassistencial e viabilizar a mudança para a peritoneal.

Outro fator importante é quanto a efetiva atuação e funcionamento do ambulatório multiprofissional de Nefrologia, já que conta com profissionais lotados para o mesmo, todavia por falta de uma sala e um planejamento de ações efetivas, está parado há quase um ano. A informação e divulgação das modalidades de terapia renal substitutiva aos pacientes que estão em tratamento conservador já deve evitar essa falta de informação por parte dos pacientes quando chegam em emergência à hemodiálise e só irão saber sobre a outra modalidade quando precisarem com urgência da mesma.

Contamos ainda com a falta de investimento e prioridade na informação e divulgação sobre a doença renal crônica na Atenção Básica de Saúde, isto é, nas UBSs, para os usuários que fazem parte do programa HiperDia, assim como já citado acima, a informação também tem se mostrado lacunosa para os pacientes que estão em tratamento conservador, no qual a IRC está sendo controlada, tentando-se adiar a entrada do paciente em uma terapia renal substitutiva. O ambulatório multiprofissional de Nefrologia é de suma importância para a melhor informação e divulgação das TRS, porém ele deve ser visto como prioridade pelo gestor da instituição, pelos responsáveis

técnicos e coordenadores do setor de hemodiálise e pelos profissionais envolvidos, visto que a cada ano cerca de 34 mil pessoas iniciam uma modalidade de tratamento dialítico, dos quais cerca de 90% em hemodiálise.

Os fatores técnicos ( estes que são avaliados pelo enfermeiro e assistente social) muitas vezes são contornáveis e adaptáveis, entretanto os fatores intersetoriais (extrapolam a política pública de saúde), como os relacionados à habitação e/ou à assistência social, são os que mais interferem e dificultam na mudança para a modalidade de CAPD. Constatamos que, a questão habitacional foi a mais impeditiva para a migração à DP. Os participantes residem em casas de madeira ou que precisam de uma reforma para que o tratamento possa ser realizado e, diante de uma situação socioeconômica em que os pacientes são os próprios provedores da família e só contam com a renda de um BPC ou de uma aposentadoria a ser dividida com a numerosa família, a reforma ou construção de uma casa torna-se inviável.

Os profissionais que entrevistamos ressaltaram a falta de informação por parte dos médicos sobre a DP aos pacientes logo que iniciam a hemodiálise, e a falta de investimento em setores de CAPD onde se edifica um centro de hemodiálise. Cabe-nos inferir, diante de pesquisa e atuação profissional que, a hemodiálise é mais cara aos cofres públicos em relação ao tratamento da peritoneal, soma-se máquina, funcionários, materiais e as constantes internações dos pacientes pelo fato deste tratamento possibilitar inúmeras intercorrências clínicas.

Dessa forma, os estudos e pesquisas sobre a atuação de uma equipe biopsicossocial de diálise peritoneal junto aos pacientes renais crônicos devem ser amplamente divulgados perante as categorias, já que não encontramos em larga escala na literatura, discussões acerca dos determinantes sociais de saúde. Tal fato é grave e preocupante quando observamos os fatores intersetoriais quesitos *sine qua non* para a qualidade de vida relacionada à saúde e à mudança mais rápida para a terapia renal substitutiva de diálise peritoneal.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº11 de 13 de março de 2014**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Disponível em: Acesso: 08 de jun. 2015
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Ltda, 2009.
- BRASIL. Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria\\_1168\\_ac.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm)> Acesso em: 11 dez.2015
- CESAR, E. D.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M.; PAULETTO, M. R.; TIMM, A. M. B.; JACOBI, C. da S. A diálise peritoneal na vivência de familiares cuidadores. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2013; 14(3):541-8
- MALAGUTTI, W.; FERRAZ, R. R. N. **Nefrologia – Uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 65-73.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. 14ªEd. HUCITEC. 2014
- RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2010.
- ROMÃO, J. E. **Doença renal crônica: Definição, epidemiologia e classificação**. Vol. 26 (3Suppl1) nº3 - Jul./Ago./Set de 2004.
- SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2008; 42(1):19-25.
- SBN, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo brasileiro de diálise 2013. Disponível em: <<http://www.censo-sbn.org.br/inicio>>. Acesso em: 11 dez.2015