

## CUIDADO DOMICILIAR E O PROCESSO DE REDEFINIÇÃO DA IDENTIDADE DO ADULTO EM CAPD [Home care and the redefinition process of the adult's identity in CAPD]

Ymiracy N. de Souza Polak\*  
Maria de Fátima Mantovani\*\*  
Juliana Fátima Canali\*\*\*

**RESUMO:** Estudo realizado com clientes submetidos ao tratamento de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - CAPD, que teve como objetivo minimizar o impacto dos fatores fragilizadores sobre o cliente e familiares, ajudando-os a viver dignamente com a terapia, mediante o cuidado prestado a nível hospitalar e domiciliar. Para tanto foram entrevistados e visitados em seus domicílios 11 clientes em vista identificação de seus principais problemas. As entrevistas e as visitas permitiram conhecer as dificuldades vivenciadas pelo cliente, as suas expectativas, o medo do fantasma da infecção e as modificações ocorridas em suas vidas, o que exige uma redefinição da identidade do cliente com insuficiência renal crônica.

**PALAVRAS CHAVES:** Adulto; Diálise peritoneal ambulatorial contínua; Serviços de assistência domiciliar; Cuidados de enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo junto a pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica, submetidos ao tratamento de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), decorre do desejo em conhecer o estilo de vida do adulto portador de doença crônica e como se dá o processo de redefinição de sua identidade, vez que, a vivência dolorosa do adulto com Insuficiência Renal Crônica não diz respeito somente à doença em si, mas também às restrições acarretadas por esta, as quais o cliente se submete para sobreviver com mais dignidade a situação peculiar e a cronicidade o que nos lembra o expresso por Toquinho em sua música "Aquarela", ao destacar que "*de repente entra em nossa vida sem ser convidado*". A falta de convite, o inesperado, é algo que denuncia as violações a que estamos expostos, sem preparo prévio e sem uma estrutura adequada de apoio e que nos desestrutura transformando a vida num verdadeiro calvário (Miranda 1993).

Conhecer este calvário o ambiente em que vivem esses sujeitos, que tipo de atividades desenvolvem, como interagem com o social, que dificuldades vivenciam, quais suas expectativas e como realizam o seu auto-cuidado é uma das principais premissas da Enfermagem.

Sabe-se que as mudanças bruscas no estilo de vida do doente crônico, fazem com que este vivencie diversas experiências no período de tempo que abrange o recebimento do diagnóstico, até o início da realização da terapia do CAPD ao percorrer uma *via crucis que exige* repensar e o redefinir da sua identidade.

Essa *via crucis* é vivida em vários cenários, o hospitalar e o familiar. O ambiente familiar, segundo Nogueira (1977) quer sob aspectos de relacionamento afetivo-social, quer físicos, se constitui o conjunto das mais poderosas forças que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. O contato enfermeiro/cliente em nível domiciliar se caracteriza como uma relação de ajuda, como situação de aprendizagem, que visa redução de complicações referentes a terapia e o melhor conhecimento do cliente sobre sua condição de saúde e do como manejar as dificuldades, além de permitir melhor adequação ao seu contexto familiar.

Entre os inúmeros procedimentos terapêuticos a que é submetido o cliente renal crônico enfatiza-se neste estudo a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - CAPD, que consiste numa técnica pela qual se infunde cerca de 8 litros por dia de solução no abdome, sendo infundidos 2 litros por troca, o que é efetuado de 3-4 vezes ao dia pela manhã, tarde e noite. Essas trocas são realizadas pelo cliente em seu domicílio, sendo o mesmo assim sujeito ativo no processo terapêutico e co-responsável pelo sucesso da terapia. (Brunner 1994).

Considerando o papel do cliente e a importância do seu envolvimento no processo de forma consciente, resolvemos realizar este estudo com o objetivo de minimizar o impacto dos fatores fragilizadores sobre o cliente e família decorrentes da situação crônica de saúde ajudando-os a viver dignamente com a terapia CAPD, mediante o cuidado prestado a nível hospitalar e domiciliar.

### DESENVOLVENDO O TEMA

A Insuficiência Renal Crônica leva o cliente a procurar terapias de suporte que funcionem como rim artificial de forma ajudá-lo a manter-se vivo e cumprir seus compromissos sociais com dignidade, contudo as opções de tratamento que até então lhe são oferecidas são restritas, a saber a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Essas modalidades de tratamento por sua vez são onerosas quer do ponto de vista econômico, social, biológico e psíquico, e

\* Profª. Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do GEMSA.

\*\* Profª. Assistente Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná Doutoranda em Saúde do Adulto - USP. Membro do GEMSA

\*\*\* Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Bolsista de Extensão do GEMSA.

exigem do cliente nova estrutura de vida, o que implica num processo de redefinição de identidade de forma a ajudá-lo a enfrentar a nova situação que lhe impõe um cortejo de restrições, de limitações, cujo impacto é maior ou menor na vida de cada um a depender das estratégias de enfrentamento que cada um dispõe para enfrentar os desafios oriundos da terapia e de sua condição de saúde.

Ao optarmos pela indicação da diálise peritoneal podemos escolher a depender da condição do cliente entre: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD), Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Ciclador (CCPD), e Diálise Peritoneal Intermitente (DPI).

A diálise peritoneal pode ser tratamento de escolha em pacientes com insuficiência renal crônica que não podem ser submetidos a hemodiálise ou transplante renal, e que são susceptíveis às rápidas alterações hídricas, eletrolíticas e metabólicas que ocorrem durante a hemodiálise, entre esses destacam-se os clientes portadores de diabetes ou doença cardiovascular, os idosos e aqueles sujeitos aos riscos de efeitos colaterais decorrentes do uso sistêmico de heparina. (Avilla 1996).

Considerando a amplitude do tema foi necessário um recorte de forma a ponderar a terapia CAPD. Essa terapia teve início em 1962 por Boen e Cols em Seattle, quando se registra as primeiras tentativas de indicação do CAPD como terapia de apoio para o cliente com Insuficiência Renal Crônica ao proporem o uso de tubos de teflon ou de borracha siliconizada implantados na parede abdominal para inserção de cateteres para infusão da solução dialisadora preconizada. Após a diálise o cateter era removido e os tubos fechados com uma tampa. As primeiras tentativas não foram bem sucedidas, em virtude da peritonite e das aderências que bloqueavam a via de introdução do cateter (Pecoits 1995).

Para Levine (1985), "A diálise modifica a vida que salva". Cria problemas a medida em que prolonga a vida quando os pacientes temendo a morte e temendo a vida tornam-se homens marginais, excluídos do meio social. O homem marginal está suspenso entre o mundo dos doentes e o mundo dos sãos, sem pertencer a nenhum deles, fazendo parte, ao mesmo tempo de ambos. Ele parece estar bem, mas sente-se mal, espera e deseja atingir a normalidade, mas não é capaz de fazê-lo vivendo assim um verdadeiro paradoxo.

Todos os pacientes em diálise se acham desgraçadamente dependentes do procedimento, da equipe de saúde e submetidos a todo tipo de fragilizadores, envolvidos direto ou indiretamente com a terapia, entre esses pode se identificar a dependência da família ou amigos para o transporte ou ajuda nas trocas, o rigor com a limpeza, a inadequação do espaço físico, a falta de conhecimento sobre a doença e a terapia, acrescidos aos desconfortos oriundos da insuficiência renal crônica. Os impactos destes fragilizadores é maior ou menor a depender de sua personalidade pré-mórbida, da extensão do suporte familiar e de amigos e do curso da doença subjacente. (Levy, 1991).

Para Pessini (1991), um atendimento médico e assistência de enfermagem sensíveis aos aspectos humanos e psicológicos é de fundamental importância. Essencial também, é, a utilização dos sistemas normais de apoio, como família, amigos e recursos da comunidade. O autor salienta, a importância de levar-se em conta os valores humanos - espirituais e os questionamentos a respeito da vida, envolvendo a dimensão transcendente, a espiritual e religiosa.

A independência do paciente e a preocupação em prestar cuidado aos familiares e amigos são para Beyers & Dudas (1989), uma das preocupações da enfermagem em nefrologia. Para estas autoras, a família e os amigos podem necessitar de assistência e orientação para fornecer o apoio ao paciente. Este apoio é essencial para ajudá-lo a se adaptar às mudanças necessárias a fim de manter uma auto-imagem positiva e maior independência possível.

As alterações psicossociais do cliente, provavelmente resultam tanto das modificações fisiológicas quanto do estresse extremo imposto ao cliente pela presença de doença crônica. As alterações comportamentais são fortemente influenciadas pela personalidade do cliente. Entre essas são esperadas as mudanças de personalidade, as emoções lábeis, a maior demanda em relação aos outros, a fuga, a depressão, a agitação, a alucinação e a psicose. (Lukmann & Sorense, 1993).

Acredita-se que uma das formas de minimizar os aspectos negativos da terapia, são as visitas domiciliares, nas quais o enfermeiro é percebido como generalista, ao oferecer atendimento aos pacientes e suas famílias, abrangendo todas as faixas etárias, independente dos problemas de saúde, enfermidades e deficiências. O foco da visita domiciliar é ensinar ao paciente e familiares os cuidados necessários, ao processo de recuperação, manutenção da saúde ou o limite do dano com técnicas que permitem que o paciente crônico permaneça em casa.

Segundo Nogueira (1997), a visita domiciliar é o método de trabalho para a enfermagem junto às famílias, é indicado as seguintes vantagens da mesma: proporcionar o conhecimento ao indivíduo no seu próprio meio ambiente, atentando-se para as condições da habitação, relações afetivas sociais da família, vez que: facilitam a adaptação e planejamento da família conforme seus próprios recursos; proporcionam melhor relacionamento do profissional com a família, por ser menos formal e sigiloso que os utilizados nas atividades desenvolvidos nos serviços de saúde; proporcionam maior liberdade para os clientes exporem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior do que no contexto institucional.

Ressalta-se que na elaboração de plano de assistência domiciliar, leva-se em consideração todos os itens incluídos institucionalizados, sendo dado ênfase à realidade presente, que exige uma adequação das práticas acadêmicas ao novo contexto social o que torna a visita domiciliar um tratamento aparentemente simples, mais de grande complexidade, principalmente em virtude das ocorrências não previstas para

as quais o profissional deve estar devidamente preparado para as soluções ou encaminhamentos necessários. No planejamento da visita domiciliar deve se levar em consideração o diagnóstico das condições existentes no domicílio, a natureza do problema, o delineamento de estratégias de cuidado, cronograma de ação, recursos humanos e materiais e a avaliação, (Costa, 1977).

Para Nogueira (1997), os principais objetivos da visita domiciliar são: - prestar cuidados enfermagem no domicílio; - orientar o cliente ou familiares para a prestação de cuidados no domicílio; - supervisionar os cuidados delegados à família e a prática de auto-cuidado; - orientar a família sobre assuntos de higiene geral; - coletar informações sobre as condições sócio-sanitárias da família, por meio de entrevista e a observação. O autor salienta que esses objetivos devem estar de acordo não só com o serviço de saúde, mas com as necessidades e expectativas da família.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, junto a doentes crônicos submetidos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua (CAPD), desenvolvido num Hospital Escola de Curitiba e no domicílio dos mesmos.

O primeiro contato mantido com os clientes foi durante os controles mensais, no caso dos clientes que faziam parte do programa há mais de dois meses, e para alguns novos, durante o treinamento realizado a nível hospitalar. No primeiro contato foi explicado os objetivos e os propósitos do estudo, assegurando-lhes o anonimato e solicitado autorização para realização da visita domiciliar.

Fizeram parte deste estudo 9 clientes adultos que encontravam-se em terapia há mais de 2 meses e a 2 que eram novos no programa.

As visitas domiciliares foram realizadas quando o cliente submetia-se a diálise com o intuito de observar a execução da técnica, o ambiente em que era realizada a terapia, o convívio familiar, as principais dificuldades enfrentadas e os sentimentos do cliente em relação a família e a terapia.

Para tanto, foi utilizado um instrumento com questões subjetivas e objetivas, constando dados de identificação, aspectos psicológicos do cliente em relação a terapia, realização da técnica e ambiente em que o tratamento era realizado.

Com intuito de realizar uma assistência voltada as reais condições de vida do cliente renal crônico e fortalecer as orientações implementadas no treinamento hospitalar, foram realizadas as visitas domiciliares.

## PARTILHANDO OS RESULTADOS

Verifica-se que a maioria dos sujeitos do estudo se encontram na faixa etária superior aos 40 anos, sendo que apenas 2 clientes tinham idade inferior. A média de idade encontrada foi de 55,3 anos.

Quanto ao estado civil constatamos que 50% dos clientes que participaram do estudo são casados, situação que facilita o enfrentamento do clientes às modificações orgânicas e psicológicas acarretadas pela terapia, vez que contam com o apoio do (a) parceiro (a).

A renda familiar superior a 10 salários mínimos, foi detectada em 7 clientes e apenas 2 contavam com renda inferior a 5 salários mínimos. O que nos leva a crer que a maioria dos clientes tem adequadas condições financeiras, visto que todos possuem casa própria, renda fixa e algumas ainda desenvolvem suas atividades profissionais.

Os clientes que apresentam renda de 5 salários mínimos ou inferior, recebem auxílio dos familiares para se manterem, pois relatam terem muitos gastos com medicamentos, visto que apresentam outras patologias associadas a insuficiência renal crônica.

Quanto a residência dos clientes, observamos durante as visitas que todas possuem água encanada, luz elétrica e rede de esgoto, situação apropriada para o bom andamento da terapia. Dos clientes envolvidos no estudo 3 possuem 2º grau completo e 4 clientes com nível superior. Situação que facilita o entendimento das orientações necessários a realização da terapia.

Evidenciou-se no estudo amplo predomínio da doença hipertensiva e diabética em relação as demais patologias que levam a insuficiência renal crônica, o que está de acordo com o explicitado por Thomé (1994), que cita como principais causas que levam a insuficiência renal crônica: doença renal hipertensiva, diabética, glomerulonefrite, pielonefrite, rins policísticos, e outras.

A hipertensão e diabetes segundo Luckmann & Sorensen (1993), são as causas mais comuns de insuficiência renal crônica responsáveis por mais de 60% dos clientes em diálise, homens e mulheres são afetados igualmente pelo problema, sendo a incidência mais elevada entre os de meia idade.

A análise das falas teve início com a leitura dos depoimentos quando buscou-se a compreensão dos dados coletados, e permitiu a descrição da percepção dos clientes ao serem questionados sobre seus sentimento, enquanto doentes renais crônicos o que pode ser visto nos depoimentos a seguir:

*“ Sinto um certo inconformismo, pois tendo sabido repentinamente do problema ainda não assimilei totalmente”  
 “Maior desgraça que Deus poderia ter mandado não consigo fazer mais nada”  
 “É muito difícil aceitar, me sinto fraca, indisposta, principalmente após ter tido peritonite”*

Pode-se perceber tanto nos clientes novos, quanto nos mais antigos, que a revolta e a insatisfação, conforme o expresso a seguir:

*“Parei de estudar para fazer o tratamento, pretendo voltar ao normal se conseguir*

*fazer o transplante”*

*“Não sei como vai ser daqui para frente, não sei se posso fazer muitos planos”.*

Nos clientes novos percebeu-se que : o medo do desconhecido, a incerteza acerca do que o futuro reserva e o como planejar o futuro incerto; são os principais problemas psicossociais e sociais, o que também é citado por Levine, (1985).

Segundo Trentini (1990) a condição crônica de saúde é uma intercorrência estressora, cujo impacto surge a qualquer tempo e vem para permanecer alterando o processo de ser saudável de indivíduos ou grupos. Este impacto determina um novo rumo ao processo de viver e ser saudável de acordo com o significado atribuído aos estressores com a orientação de vida, com as forças e estratégias de enfrentamento utilizados pelos envolvidos. Como também dito nas falas a seguir:

*“O tratamento atrapalhou o meu trabalho, hoje só trabalho durante a tarde.”*

*“Não consigo mais sair sozinha, nem a igreja eu posso ir, me sinto tonta, indisposta, minha pressão abaixa muito.”*

Ao serem questionados quanto as mudanças ocorridas em suas vidas após início do tratamento, todos os participantes ressaltaram algum tipo de perda, decorrente da sua condição: perdas na capacidade física, relacionamento social, lazer e outras.

A doença crônica, traz mudanças permanentes na vida do indivíduo, fazendo com que o mesmo necessite incorporar a doença no seu processo de vida futura e que é afirmado pelo Sr. F. 58 anos e 6 anos em CAPD:

*“A diálise é um método artificial, não é nada natural, perdi a vontade de dormir, geralmente não tenho sono, mas fazer o que, preciso me acostumar com estas mudanças*

O cotidiano dos indivíduos está repleto de experiências estressantes. Entre os estressores mais temidos no nosso meio está sem dúvida, a doença, seja qual for sua característica (Trentini 1990), conforme relatado abaixo:

*“Perdi a vontade de fazer tudo o que eu gostava: passear, fazer tricô e às vezes não sinto vontade de conversar com ninguém.”*  
*“O tratamento limitou muito o meu tempo, pois fiquei a mercê das máquinas e das trocas de bolsa.”*

A condição crônica além de ser por si só uma situação estressante é também fonte de novos estressores incluindo: regime de tratamento, mudanças ocorridas no seu estilo de vida, na sua energia física e aparência pessoal:

*“Eu e meu marido (ambos no programa de CAPD) tínhamos muitos planos, passeios, de repente tudo se perdeu com a doença.”*

O diagnóstico médico, na maioria das vezes, é recebido com grande ansiedade, medo, incerteza e insegurança pois os planos do futuro, estão, quase sempre ameaçados a não acontecer. (Trentini 1990).

Em todas as visitas realizadas, percebeu-se que houve real contribuição para o cliente e ao mesmo tempo em podermos aprender com eles a valorizar mais a vida enquanto sujeitos saudáveis.

Dos clientes que participaram do trabalho, 6 deles não apresentavam condições de realizar sua própria diálise, os motivos eram os mais variados: falta de coordenação motora; falta de segurança para realização da técnica; deficiência física (paraplégico, com leve deficiência nos membros superiores); idosos com mais de 70 anos.

Pode-se observar o importante papel da família, como suporte tanto no que concerne ao apoio emocional quanto na realização da técnica; pois no caso dos dependentes, as trocas das bolsas eram realizados pelos filhos, netos, sobrinhos e em alguns casos por auxiliares de enfermagem.

O ambiente em que os clientes realizam a técnica na maioria dos casos apresentava-se em boas condições higiênicas e adequadas à realização da terapia. Observou-se modificações técnicas, porém; não foi verificado contaminação durante a realização do procedimento. Pode-se perceber grande medo de contaminação, vez que 8 dos que participaram do estudo já haviam apresentado casos de peritonite, conhecendo assim de perto os riscos decorrentes da infecção.

Na visita ao Senhor I., 54 anos, 8 meses de diálise, observou-se durante a realização da técnica, que as paredes do local estavam com bolor e umidade. Perguntou-se se costumava abrir as janelas do quarto quando não estivesse realizando a diálise e ele relatou que: *“mantenho sempre fechado, tanto a janela quanto a porta, foi assim que fui orientado durante o treinamento”* Explicou-se a ele que tanto a janela quanto a porta devem ficar fechadas apenas durante a realização da troca, para evitar a movimentação dos microorganismos no ar, situação que facilita a contaminação e que fora deste horário devem ficar sempre que possível abertas, pois a umidade e o calor propiciam um ambiente favorável à proliferação de bactérias.

As preocupações de alguns clientes chamaram a nossa atenção, um deles relatou que pretendia adquirir uma autoclave para esterilizar as gazes e panos utilizados durante a técnica; o outro, ao entrarmos em sua casa, pediu que colocássemos uma sapatilha de pano sobre o calçado e, o local no qual eram realizadas as trocas era higienizado 4 vezes por dia; os clientes justificam esse cuidado falando que com isso sentiam-se melhor, pois caso viessem a ter peritonite, poderiam ficar com a consciência tranqüila.

Nos diversos ambientes, nos deparamos com diversos estilos de vida, crenças e valores. Dona M. 58 anos, 6 anos de diálise, em um de seus depoimentos relatou: “*Sempre antes de realizar a troca, coloco minhas mãos sobre o material e peço a Deus que ilumine minhas mãos e que me proteja*”. Este fato comprova que cada cliente traz consigo suas crenças, valores e que esses interferem diretamente no seu tratamento e no seu auto-cuidado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cliente renal crônico vivência uma trajetória marcada por procedimentos invasivos, aliados a sua condição de saúde, que o debilita e o faz procurar uma nova forma de vida que o ajude a adequar-se a nova condição de vida, o que nos leva a afirmar que para o enfermeiro assistir integralmente o cliente renal crônico, é necessário que possua conhecimentos técnicos-científicos e que preste assistência individualizada, com ênfase para o contexto que envolve o cliente, a família e a sociedade.

A visita domiciliar proporciona ao profissional de enfermagem uma visão mais ampla das reais condições de vida do cliente e possibilita a realização de um plano de assistência individualizada e adaptada ao ambiente físico, sócio-econômico e familiar. Isto se torna possível graças ao avanço técnico científico no que concerne a melhoria dos equipamentos necessários para realização de diálise peritoneal o que tem ajudado o cliente renal crônico a sentir-se mais seguro na realização do auto-cuidado.

Percebemos, através deste trabalho, as reais necessidades destes clientes e de suas famílias, suas dificuldades e anseios por uma melhor qualidade de vida. A equipe multiprofissional responsável pelo CAPD, pode contribuir, prestando assistência individualizada e global procurando manter integrado este cliente, tanto no ambiente familiar, quanto no social, possibilitando conhecer o cotidiano dos clientes renais crônicos, seus costumes, crenças, medos e angustias, tornando essas vivências enriquecedoras para ambos, tanto no plano pessoal, quanto no profissional.

**ABSTRACT:** Study accomplished with clients submitted to Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis - CAPD, aiming at minimizing the impact of the weakening factors on the client and his family, helping them to live worthily with therapy, by means of the care delivered at hospital and home grounds. Thus, 11 (eleven) clients were interviewed and visited at their homes objectifying the identification of their major problems.

The interviews and visits enabled to know the difficulties experienced by the client, his expectations, the fear of the ghost of the infection and the modifications occurred in his life, demanding a redefinition in the identity of the client who suffers from chronic renal inadequacy.

**KEY WORDS:** Adult; Peritoneal dialysis; Continuous ambulatory; Home care services; Nursing care.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AVILLA, D.O. Métodos de depuração extra-renal: hemodiálise, diálise peritoneal e novas técnicas. In: RIELLA, M.G. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996. p. 607-645.
2. BRUNNER, Liliam Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994.
3. BEYERS, M., DUDAS, S. **Enfermagem médico cirúrgica: tratado de prática clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
4. COSTA, J. Visita domiciliária: base para o ensino de enfermagem na comunidade. **Enferm. Novas Dimensões**. v.3, n.2, p. 78-82, 1977.
5. LEVINE, L. Identificação e prevenção dos problemas psicossociais em pacientes renais. In: LEVINE, Z.D. **Nefrologia: cuidados do paciente com doenças renais**. São Paulo: Rocca, 1985. p. 34-39.
6. LEVY, N.B. Psicologia da reabilitação. In: DAUGIRDAS, J.T. et al. **Manual de diálise**. 2. ed. São Paulo: p. 163-178, 1991.
7. LUCKMAMM, R.L., SORENSE, L.P. **Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psico-psicológica**. 4. Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1993.
8. MIRANDA, E.A et al. Perfil psicológico do paciente renal crônico. **J. Bras. de Nefrol.**, São Paulo v.15, p.197, n.3, set. 1993.
9. NOGUEIRA, M.J., FONSECA, R.M.G.S. A visita domiciliária como método de Assistência de enfermagem da família. **Rev. da Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.11, n.1, p.28-50, 1997.
10. PECOITS, R. Diálise peritoneal ambulatorial- experiência de 15 anos em Curitiba. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, 1995, No prelo.
11. PESSINI, L. Atendimento das necessidades psicoespirituais do transplantados renais. In: SANTOS, R.B. et al. **Enfermagem em unidade de transplante renal**. 3. ed. São Paulo: Savier, 1991. p. 93-97.
12. THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência renal crônica. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.114-138.
13. TRENTINI, M. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de Saúde. **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.11,n.1, p.18, jan. 1990.

Endereço das autoras:  
Rua Padre Camargo, 280 - Térreo  
Telefone: (041) 264-2011 R: 35