

O QUE DIZEM AS PESSOAS EM DIÁLISE PERITONEAL SOBRE AS PRÁTICAS ALIMENTARES: O ANTES E O DEPOIS DA DOENÇA RENAL

EDUARDA ROSADO SOARES¹; JULIANA DALL'AGNOL²; AMANDA MORÁSTICO³; JULIANA GRACIELA V. ZILLMER⁴

¹ Universidade Federal de Pelotas - eduardarosado@bol.com.br

² Universidade Federal de Pelotas - dalljuliana@gmail.com

³ Universidade Federal de Pelotas - amandamorastico@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Pelotas - juzillmer@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública em nível mundial devido sua magnitude, impacto social, econômico e de saúde (JHA, WANG, WANG, 2012). Tal enfermidade caracteriza-se pela perda da função renal levando o organismo a um desequilíbrio e a complicações nos demais órgãos aumentando os riscos de mortalidade. Entre os distintos tratamentos tem-se a diálise peritoneal (DP) a qual é realizada pela introdução de uma solução na cavidade peritoneal por meio de um cateter implantado intra-abdominal. Esta solução entrará em contato com o peritônio, e por ele será retirado às substâncias tóxicas do sangue (NKF, 2002). Entretanto, independente da modalidade de tratamento, a alimentação é uma das dimensões que tem um papel importante em retardar a progressão de danos nos rins, e também evitar complicações em pessoas com a DRC. Estudos apontam que modificar práticas alimentares é um desafio tanto para pessoas doentes quanto familiares e profissionais de saúde (MEDEIROS et al., 2012; LAM; LEE; SHIU, 2013).

O estado nutricional das pessoas com DRC tem significativas consequências que incluem a perda de massa muscular, redução na qualidade de vida e uma série de alterações metabólicas. A concentração elevada ou diminuída de alguns nutrientes como fósforo, sódio, proteína, cálcio, potássio e líquidos pode causar sérios problemas como dor nos ossos, danos aos outros órgãos além de úlceras de pele e problemas na circulação sanguínea comprometendo o tratamento (NKF, 2002). Contudo, além dos aspectos biológicos, outros aspectos como o econômico, social e cultural influenciam na escolha das práticas alimentares (MEDEIROS; SÁ, 2011; LAM; LEE; SHIU, 2013). Diante do exposto, esse trabalho tem como objetivo analisar as práticas alimentares de pessoas com DRC em tratamento de diálise peritoneal da descoberta do diagnóstico da doença ao viver diário no domicílio.

2. METODOLOGIA

Este trabalho faz parte de um estudo de natureza sociocultural, e com desenho etnográfico (ZILLMER, 2014). A pesquisa foi realizada num município do Rio Grande do Sul, Brasil. Para selecionar os participantes utilizamos uma amostragem teórica, e com os seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres cadastrados em CAPD havia mais de seis meses; que residissem em áreas urbanas e rurais, e não apresentassem dificuldade de comunicação. Assim, entrevistou-se 20 pessoas tendo sido a coleta de dados realizada entre abril de 2013 e junho de 2014 com uma combinação de técnicas: entrevista aberta e semiestruturada, observação participante, e consulta aos prontuários. Para

organização e gerenciamento das informações utilizou-se o *Software Ethnograph V6*. Realizou-se análise de conteúdo convencional segundo a proposta de Hsieh; Shannon (2005). Atendeu-se aos preceitos éticos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que rege pesquisas com seres humanos, e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos de uma universidade federal brasileira se deu sob o número 538.882.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pessoas em DP concordam que a alimentação é uma das dimensões mais difíceis do tratamento, e enfrentam inúmeras dificuldades do diagnóstico da doença renal ao dia a dia no domicílio. A análise dos dados permitiu organizar as práticas alimentares ao longo deste processo.

Práticas alimentares antes da doença

As pessoas com DRC, do presente estudo, mencionaram que antes de adoecer a alimentação era “forte” e “pesada”. Utilizam estes termos para referir-se ao consumo dos seguintes alimentos: carnes gordurosas, churrasco, feijoadas, frituras, e alimentos industrializados (embutidos). O uso “*do sal*” e temperos é essencial para acompanhar os alimentos preparados na vida diária; e utilizam expressões como “bastante sal”; “muito sal” para descreverem a quantidade consumida. Também o consumo de refrigerantes e ou bebidas alcóolicas é relatado como parte da rotina para acompanhar as refeições. São práticas alimentares em que a “*cultura do trabalho e ganhar dinheiro*” também são mencionados como motivos para “*não cuidar da saúde*”, e ter como consequência práticas que podem trazer complicações à saúde. Reconhecem de que em uma boa parte da vida não deram a importância ao consumo de frutas, legumes, sucos naturais e água. Algumas mencionam a relação do tipo de alimentos e quantidade de sal que consumiam com a atual doença. Expressões como “*não me cuidei*”, “*fiz tudo ao contrário*”; são utilizadas para descrevê-la, como no relato a seguir.

[...] não me cuidei na minha alimentação em casa, por exemplo, as minhas comidas eu gostava delas muito temperada e com muito sal, só o que é que acontece, quando eu tirei esse rim eu já era hipertenso e não sabia [...] eu sempre trabalhando, nunca dei bola pra saúde na realidade, porque assim, as vezes a gente tem uma cultura de só pensar em serviço, em ganhar dinheiro e não cuidar da saúde [...] tomar uma cervejinha, então eu fiz tudo ao contrário [...]” André.

Nesse contexto, destaca-se a importância dos profissionais da saúde da atenção básica, no acompanhamento dessas pessoas com risco de desenvolver a DRC, por meio de orientações, incluindo a educação em saúde como atividade constante, sobre a doença, os tratamentos renais, práticas alimentares, além de avaliação nutricional e orientações quanto autocuidado (BRASIL, 2014).

Práticas alimentares durante a internação hospitalar

As pessoas, no ambiente hospitalar, além de receber o diagnóstico da DRC e da necessidade diálise, iniciam e se deparam com um processo de mudança, principalmente, quanto às práticas alimentares. Durante o período de internação, cada pessoa recebeu um tipo de dieta prescrita pelo profissional médico, de acordo com sua situação de saúde. Os alimentos oferecidos além de não conter sal e nem gordura, o que fazia que não tivessem sabor agradável, se repetiam diariamente, motivos pelos quais enjoavam da comida e apresentavam vômitos. Culpavam “o mal estar” pela alimentação oferecida a qual não atendia as necessidades do corpo. Tal situação é evidenciada no relato a seguir.

[...] fiquei mal, porque não comia a comida do hospital e as minhas gurias levavam e aí não podia ta levando, de vez em quando levavam escondido, acho

que a gente morre dentro de um hospital é de fome nem é tanto doença. Porque a gente não aguenta a comida, é muito braba, a comida do hospital [...].” Joana.

Para lidar com a dificuldade de adaptação aos alimentos oferecidos no hospital algumas pessoas contavam com o apoio dos familiares, e até mesmo de seus pares que estavam na mesma unidade de internação. Entre as práticas mencionadas, solicitavam ao familiar para levar o sal de casa ao hospital; além de alimentos como pão, massas; e até mesmo lanches. Seus pares orientavam sobre o que poderiam ou não comer, sendo algumas contrárias às recebidas pelos profissionais de saúde, como por exemplo, o de comer alimentos com sal. Constatou-se que adotaram práticas alimentares sem saber dos riscos para sua condição de saúde; e alguns casos optaram por não informar os profissionais de saúde. Dessa maneira, muitos adotaram e seguiram orientações de seus pares, como menciona Daniel.

“ [...] e o colega de quarto foi e disse: olha, come ovo, ele disse. Come ovo e come limão com sal que nem o tomate com sal que tu vai ficar bom. Tá comi o ovo, e me sinto bem [...]” Daniel.

Práticas alimentares ao retornar ao domicílio

Ao retornarem ao domicílio as pessoas com DRC fazem inúmeras tentativas para adaptar-se às práticas alimentares que, principalmente, requerem a eliminação do sal. Entretanto, mesmo reconhecendo que ele “é um veneno brabo”, para a maioria, é uma das práticas mais difíceis de seguir e implementar nas refeições diárias. Algumas das tentativas, utilizar o sal em menor quantidade, outros o substituem parcialmente por temperos para dar sabor aos alimentos.

“ [...] o sal começa a te inchar, da retenção de líquido, o sal é um veneno, claro eu não como sem sal, completamente sem sal não como [...]” Luis.

Determinados alimentos são incluídos e retirados das refeições conforme as manifestações ocorridas no corpo das pessoas. Entre as manifestações mais relatadas está o “inchaço no corpo” pelo acúmulo de líquido, decorrente do consumo de alimentos líquidos e com sal; e este “inchaço” não há como esconder. Entretanto, não basta apenas diminuir ou retirar alimentos e o sal, também é necessário readequar a diálise para a situação de saúde que se encontram. Quando percebem que determinados alimentos os leva a inchar o corpo, realizam mais bolsas fortes na diálise. Diante disto, com o passar do tempo vão conhecendo e reconhecendo no corpo suas necessidades. Trata-se de um processo de adaptação, de conhecer e reconhecer o corpo; de repensar e avaliar constantemente o que podem ou não seguir enquanto práticas alimentares.

“Líquido eu tenho que cuidar, eu não posso abusar porque eu fico ruim, eu fico pesada, pra respirar fica ruim, parece que aquela água vai pros pulmão. E incho né, incha as pernas, então o líquido menos que puder melhor. [...] que tenha muito líquido não, nunca abusar, e mostra, olha duas laranja se eu chupar ela vai mostrar, mostra depois no corpo da gente, a gente sente que acumula aquele líquido, mas aí de vez em quando eu faço uma bolsa forte, aí a bolsa forte puxa aquele líquido que fico” Julia.

A necessidade de eliminar algumas práticas alimentares e a incorporação de outras, é necessário mesmo que isso implique em deixar de comer alimentos que gostem, como linguiça, churrasco, carne de porco entre outros. Estão atentos quanto legumes e frutas que contenham líquido como laranja e melancia; ou proibidos como carambola. As adaptações na alimentação são realizadas conforme suas necessidades diárias, pelo que sentem por meio das suas manifestações corporais. Algumas pessoas com DRC mencionam que os alimentos orientados pelos profissionais de saúde “não fazem bem”, “não alimentam”, e por isto “se sentem fracas”, “sem forças”. Desse modo, algumas

pessoas seguem realizando as mesmas práticas alimentares antes de adoecer. Relatam o comer sem culpa, comer de tudo, pois nada faz mal, por isto decidem manter os mesmos alimentos e o consumo de sal. Outro motivo por manter as mesmas práticas alimentares é o fato de algumas pessoas residirem na área rural quanto ao tipo de alimentação consumida, na área rural, a alimentação é mais forte.

[...] eu como normal [...] como sem culpa que nada me faz mal, eu segui comendo a mesma quantidade [...] no início o doutor disse que tinha que fazer separado, era pouco óleo, e pouco sal [...] tentei, mas sentia uma coisa tão ruim, aquilo não enchia a barriga sei lá, não me alimentava [...]". Angela

Segundo Medeiros; Sá (2011), as restrições alimentares representam a parte mais difícil do tratamento, pois requer uma modificação dos hábitos, e implica que as pessoas tenham que eliminar suas preferências que são compartilhadas pela família (MEDEIROS; SÁ, 2011). A adaptação ao tratamento para a DRC e a DP é um processo dinâmico, construído ao longo do tempo, sendo adaptado ao modo de viver de cada pessoa (LAM; LEE; SHIU, 2013).

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu analisar as diversas práticas alimentares ao longo do processo de adoecimento das pessoas com DRC em DP. Elas concordam que a alimentação é uma das dimensões que requer um grande esforço para adaptarem-se desde a descoberta da doença, no decorrer da internação hospitalar e ao retorno ao domicílio. Percebeu-se que suas práticas foram mudando com o decorrer do tratamento, sendo diferentes em cada etapa, e que há necessidade constante de incluir, eliminar determinados alimentos a partir dos efeitos produzidos no corpo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, 2002. Disponível em: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf>

MEDEIROS, M. C. W..C. de; SÁ, M. P.C. de. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. Rev Rene, Fortaleza, 2011; 12(1):65-72

LAM, L.W.; LEE, D.T.F.; SHIU, A.T.Y. The dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: Perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. **International Journal of Nursing Studies**, p.01-09, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 37 p.

JHA, V.; WANG, A.Y.; WANG, H. The impact of CKD identification in large countries: the burden of illness. **Nephrol Dial Transplant.**, v. 27, supl.3, p. 32-38, 2012.