

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Laudilene Cristina Rebello Marinho

A visita domiciliar como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em diálise peritoneal

Botucatu 2019

Laudilene Cristina Rebello Marinho

A visita domiciliar como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em diálise peritoneal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Co-Orientador: Prof. Dr. Rogério de Carvalho de Oliveira

Co-Orientadora: Profa. Adjunta Jacqueline Teixeira Caramori

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Marinho, Laudilene Cristina Rebello.

A visita domiciliar como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em diálise peritoneal / Laudilene Cristina Rebello Marinho. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes Coorientador: Jacqueline Teixeira Caramori Coorientador: Rogério de Carvalho de Oliveira

Capes: 40406008

- 1. Diálise peritoneal. 2. Visita domiciliar.
- 3. Enfermagem. 4. Peritonite Prevenção.

Palavras-chave: Diálise peritoneal; Enfermagem; Visita domiciliar.

Laudilene Cristina Rebello Marinho

A visita domiciliar como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em diálise peritoneal

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Co-Orientador: Prof. Dr. Rogério de Carvalho de Oliveira
Co-Orientadora: Profa. Adjunta Jacqueline Teixeira Caramori
Comissão examinadora:

Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista

"Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu.

Enf^a Dra Luciana Cristina Parenti Centro de Saúde Escola da Vila dos Lavradores (CSE)

Dra Dayana Bittencourt

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Botucatu.

Botucatu, dezembro de 2019.

Dedico este trabalho à minha menina, minha querida filha, Julia Marinho Bartanha que a todos esses anos tem sido a fonte de minha força frente a tantos obstáculos já percorridos. A todos os queridos (as) pacientes, com quem aprendo a cada dia e que me deixam como lição, que a maior riqueza que podemos levar dessa vida terrena são o respeito e compaixão ao próximo. E a Jesus, nosso mestre maior que tem me dado capacidade para a realização deste honroso estudo.

Agradecimentos

À minha filha Julia Marinho Bartanha, minha eterna menina de coração doce, sábia, que em cada ação e palavra me mostra o quanto é forte e me traz a certeza a cada dia vivido que Jesus sabe exatamente das nossas necessidades mais íntimas.

À minha mãe Benedita Aparecida de Souza, pelo apoio incondicional e exemplo de mulher guerreira, que diante de toda simplicidade e dificuldade vivida, fez questão e não mediu esforços para me ver formada, me ensinar o que é dignidade, respeito ao próximo e que não há bem maior que o amor.

Aos amigos de perto e alguns que mesmo distante toceram por mim, lançando sempre uma palavra de apoio, estimulo e carinho.

Aos pacientes, que me receberam com extremo respeito e carinho nos seus lares durante as visitas domiciliares e confiaram suas intimidades, dores, anseios durante a todo o tratamento. Rememorá-las-ei quando colher os frutos deste trabalho e na obtenção do tão almejado título de mestre.

Aos que partiram deixando aos entes queridos grandes saudades e a nós profissionais da saúde, a lição de luta diária e que por maior que tenha sido a dor e o sofrimento nunca deixaram de lutar. Em especial, a nossa saudosa menina Heloa Sampaio que nos foi exemplo de perseverança e muitas lutas, mas sempre com sorriso nos lábios e serenidade frente a tantas provações.

À minha orientadora Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, pela confiança em me aceitar como sua orientanda e pela oportunidade que me foi dada de aprender com sua experiência e sabedoria. Em nossos encontros, pude conhecê-la em profundidade e descobrir o ser humano, parceira, profissional e pesquisadora tão generosa e competente que é.

Ao Prof. Dr. Rogério Carvalho de Oliveira pela grande parceira, confiança, pela incansável paciência, gentileza e pelo inestimável apoio nos momentos mais difíceis dessa travessia, e pelo exemplo de competência, humildade e dedicação incondicional aos nossos pacientes. Gratidão eterna por me socorrer sempre que minha ansiedade aflorava.

A Prof^a. Adjunta Jacqueline Teixeira Caramori, pela confiança Amim dispensada e reconhecimento da importância da assistência na Unidade Diálise, por sempre me apoiar e lançar seu olhar afetuoso, solidário em sinal de: "Nunca desista, você é capaz!" E pelo consentimento de desenvolver este trabalho no setor sob sua supervisão.

A Prof^a. Eloisa Elena Paschoalinotte por dispensar seus conhecimentos de maneira tão clara, com muita gentileza e calma nos meus momentos de ansiedade que não foram poucos.

À equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistente social, secretários, pela gentileza, pelo apoio oferecido durante tantos anos de

convivência e, em especial, à Enfermeira Fabiana Tomé Ramos pela contribuição, envolvimento e parceria desde o início até a conclusão deste trabalho.

"Todos nós somos visitantes deste tempo, deste lugar. Estamos só de passagem. Nosso propósito aqui é observar, aprender, evoluir e amar... e depois vamos para casa." (Provérbio aborígene)

RESUMO

MARINHO. L, C. R. A visita domiciliar como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em diálise peritoneal. 2019. 109f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Introdução: A doença renal crônica (DRC) resulta da deterioração progressiva e irreversível da função renal. Os métodos de tratamento para DRCT são: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. A educação do paciente com DRC começa assim que o diagnóstico é feito e nunca termina. A visita domiciliar (VD) tem sido uma prática institucional que contribui satisfatoriamente para o seguimento da diálise peritoneal domiciliar, possibilita conhecer e acompanhar a realidade, permitindo intervir o mais rápido possível em falhas detectadas e esclarecimento de dúvidas. Objetivos: Elaborar revisão integrativa sobre o tema. Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes em diálise peritoneal submetidos à VD. Identificar as variáveis quantitativas e qualitativas descritas nos formulários de VD e relacionar as variáveis ao desfecho de peritonite. Demonstrar a VD como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em DP. Método: Trata-se de estudo observacional quantitativo do tipo coorte retrospectivo com dados provenientes de formulários de VD continuada de uma unidade de diálise em um hospital público no interior do Estado de São Paulo no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018. Os critérios de inclusão foram formulários preenchidos na íntegra de VD de pacientes com idade maior ou igual de 18 anos. A ocorrência de peritonite foi obtida através do registro em prontuário médico, durante o período do estudo. As variáveis preditoras avaliadas foram sócio demográficas, clínicas e relacionadas à técnica do tratamento. Foi realizada análise estatística descritiva dos dados com frequência e porcentagem para as variáveis qualitativas, média e mediana e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Teste-Chi-quadrado ou Exato de Fisher e regressão logística para verificar a associação do desfecho peritonite com as variáveis explanatórias qualitativas (categóricas). Foi considerado p<0,05 como nível de significância. **Resultados:** Foram avaliados 234 formulários de VD de 120 pacientes, sendo que 48(39,3%) apresentaram pelo menos um episódio de peritonite ao longo do seguimento. Observou-se que através da análise univariada por regressão logística das variáveis: sociodemograficas que as variáveis, renda per capita OR = 0,999 P < 0,0021 e religião OR =0.492 P < 0,0261 foram preditoras independentes do desfecho questão; e também que análise univariada das variavéis relacionadas ao domicílio: presença de falhas no tratamento OR = 1,983 P< 0,0346 e falha na técnica OR= 5,747 P< 0,0098 foram preditoras independentes do desfecho peritonite. Através da regressão logística múltipla as variáveis, renda per capita OR = 0.999 - P = 0.0069 e falha na técnica da realização do procedimento de DP OR = 2,073 - P = 0,0302 foram preditoras independentes do desfecho peritonite. Conclusão: A VD mostrou-se um valioso instrumento de avaliação proporcionando oportunidade de reconhecer e corrigir possíveis falhas mantendo um padrão adequado de tratamento no domicílio de acordo com a realidade de cada paciente e família. Permite a enfermeira observar se o paciente mantém sua autonomia, se as modificações ou adaptações realizadas ao longo do tratamento não trazem riscos durante a aplicação da técnica.

Palavras-Chave: Diálise peritoneal; visita domiciliar; enfermagem; autocuidado.

ABSTRACT

MARINHO. L, C. R. Home visits as an instrument to assess adherence and prevent peritonitis in patients on peritoneal dialysis. 2019 109f. Thesis (Master) — Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) results from the progressive and irreversible deterioration of renal function. Treatment methods for terminal chronic kidney disease (CKDT) are: hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation. CKD patient education begins as soon as the diagnosis is made and never ends. The patient has to be advised about the disease, its treatment and especially about the chosen treatment modality. Home visit (HV) has been an institutional practice that contributes satisfactorily to the follow-up of home peritoneal dialysis, allowing to know and follow the reality, allowing to intervene as soon as possible in detected failures and clarification of doubts. Objectives: Develop an integrative review on the topic. Identify the epidemiological profile of patients on peritoneal dialysis initiated by the HV. Identify as quantitative and qualitative variables described in HV forms and relate as variables to the peritonitis outcome. Demonstrate HV as an instrument for assessing adherence and preventing peritonitis to PD patients. Method: This is a quantitative retrospective observational cohort study with data from continuous HV forms from a dialysis unit in a public hospital in the interior of the state of São Paulo from January 2015 to January 2018. Inclusion criteria were full forms of HV of patients aged 18 years or older. The occurrence of peritonitis was obtained through medical records during the study period. The predictor variables evaluated were socio demographic, clinical and related to the treatment technique. Descriptive statistical analysis of data was performed with frequency and percentage for qualitative, mean and median variables and standard deviation for quantitative variables. Chi-square or Fisher's exact test and logistic regression to verify the association of the peritonitis outcome with the qualitative (categorical) explanatory variables. It was considered p <0.05 as significance level. **Results:** A total of 234 HV forms from 120 patients were evaluated, and 48 (39.3%) had at least one episode of peritonitis during follow-up. Logistic regression showed that the variables, per capita income OR = 0.99 - P = 0.007 and failure to perform the PD procedure OR = 2.073 - P = 0.03 were independent predictors of the peritonitis outcome. Conclusion: The HV proved to be a valuable assessment tool providing the opportunity to recognize and correct possible failures while maintaining an adequate standard of treatment at home according to the reality of each patient and family. It allows the nurse to observe if the patient maintains his autonomy, if the modifications or adaptations made during the treatment do not bring risks during the application of the technique.

Keywords: Peritoneal dialysis, home visit. nursing, self care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Sistema Data rim da unidade de diálise da Faculdade de Medicina de	
Botucatu	46
Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção do estudo	51
Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa com a estratégia de busca.	
Botucatu, (2014 - 2018)	52
Quadro 2 - Síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivos temas a	
que pertencem. Botucatu, Brasil, 2019	55
Gráfico 1 - Condições de higiene da residência - Botucatu, SP, Brasil – 2018	61
Gráfico 2 - Presença de animais nas residências de pacientes em DP domiciliar.	
Botucatu, SP, Brasil, 2018	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas.	
Botucatu, SP, Brasil, 2018	59
Tabela 2 - Caracterização do local de troca, higiene do ambiente e higiene do paciente.	
Botucatu, SP, Brasil – 2018.	62
Tabela 3 - Caracterização dos materiais de diálise. Botucatu, SP, Brasil – 2018	63
Tabela 4 - Caracterização dos procedimentos em DP. Botucatu, SP, Brasil – 2018	64
Tabela 5 - Caracterização das dúvidas dos pacientes e cuidadores em DP.	
Botucatu, SP, Basil, 2018	65
Tabela 6 - Presença de peritonite em algum momento do tratamento. Botucatu,	
Brasil – 2018	66
Tabela 7 - Frequencias absoluta e relativa da peritonite e desfechos do tratamento.	
Botucatu, SP, Brasil – 2018	67
Tabela 8 - Frequências absolutas e relativas dos desfechos relacioandos ao sexo e tipo	
de tratamento. Botucatu, SP, Brasil – 2018	67
Tabela 9 - Agentes causadores da peritonite. Botucatu, SP, Brasil – 2018	68
Tabela 10 - Análise univariada por regressão logística com a variável de desfecho	
peritonite. Botucatu, SP, Brasil – 2018	68
Tabela 11 - Análise univariada por regressão logística tendo peritonite como	
variável de desfecho. Botucatu, SP, Brasil – 2018	70
Tabela 12 - Regressão logística múltipla relacionado a religião, renda e falha na técnica	
com presença de peritonite. Botucatu, SP, Brasil – 2018	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP Diálise Peritoneal

DPA Diálise Peritoneal Automatizada

DPAC Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua

DRC Doença renal crônica

DRCT Doença renal crônica terminal

IRC Insuficiência Renal Crônica

HD Hemodiálise

VD Visita Domiciliar

OS Orifício de Saída

IOS Infecção de Orifício de Saída

EPF Equipe de Saúde da Família

OMS Organização Mundial da Saúde

UNESP Universidade Estadual Paulista

FAMESP Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar

FMB Faculdade de Medicina de Botucatu

HC Hospital das Clínicas

SUS Sistema Único de Sáude

TRS Terapia Renal Substitutiva

ISPD International Society for Peritoneal Dialysis

DRS Diretoria Regional de Saúde do Estado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Origens históricas da visita domiciliar	16
1.2	Doença renal crônica	19
1.3	Visita domiciliar a pacientes em diálise peritoneal	23
1.4	Papel da enfermagem na VD para pacientes em DP	25
1.5	Referencial teórico de enfermagem: a teoria de autocuidado de Orem	27
1.6	Adesão do paciente ao tratamento dialítico	31
1.7	Contextualização institucional	33
1.8	Justificativa do estudo	38
2	OBJETIVOS	39
3	MÉTODOS	41
3.1	Método 1 - revisão integrativa	42
3.1.1	Período do estudo	42
3.1.2	Estratégia de busca	42
3.1.3	Critérios de inclusão	43
3.1.4	Critérios de exclusão	43
3.1.5	Instrumentos de análise dos artigos	43
3.2	Método 2 – estudo quantitativo	44
3.2.1	Tipo de estudo	44
3.2.2	Amostra do estudo	44
3.2.3	Período do estudo	44
3.2.4	Local do estudo	44
3.2.5	Critérios de inclusão	44
3.2.6	Critérios de exclusão	45
3.2.7	Conteúdo dos formulários analisados	45
3.2.8	Protocolo de VD da unidade de diálise peritoneal	46
3.2.9	Procedimento da coleta de dados	47
3.2.10	Desfecho peritonite	47
3.2.11	Procedimentos estatísticos	47
3.2.12	Procedimentos éticos	48
4	RESULTADOS	49
4.1	Etapa 1: resultados revisão integrativa	50

4.2	Etapa 2: resultados estudo quantitativo59
4.2.1	Análise das frequências absolutas e relativas das caracterísitcas
	Sociodemográficas59
5	DISCUSSÃO
5.1	Revisão integrativa
5.2	Características sociodemográficas
5.3	O autocuidado e a religiosidade
5.4	Região de abrangência, escolaridade e renda per capta79
5.5	Condições de higiene da residência, do local de troca, do paciente e
	presença de animais
5.6	Armazenamento e descarte dos materiais
5.7	A presença do cuidador e as dúvidas quanto ao procedimento domiciliar84
5.8	O desfecho peritonite
6	CONCLUSÃO
	REFERÊNCIAS94
	ANEXOS102

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A visita domiciliar (VD) é uma atividade realizada pelo enfermeiro que envolvem assistência holística ao paciente e familiar, e podem assegurar a manutenção e sucesso do tratamento proposto.

Há muitos anos a enfermagem ensina e aconselha pacientes desde cuidados básicos como higiene e curativos até cuidados técnicos mais complexos para serem realizados no domicílio. Atualmente a educação, manutenção da saúde e a promoção dos cuidados tem se distinguido em relação a simplesmente tratar a doença. Devido a essência do cuidado e a proximidade com os pacientes o enfermeiro é um dos profissionais da equipe de saúde que se destaca pelo preparo e conhecimento para promover e prover a educação em saúde. ¹

A educação do paciente com DRC incia-se desde que o diagnóstico médico é identificado e continua ao longo do tratamento. O paciente necessita ser orientado sobre a doença, tratamento medicamentoso e sobre a modalidade de tratamento dialítico a ser escolhido, em caso de evolução para uma fase terminal da doença renal. ²

A equipe de enfermagem que atua nos serviços de diálise deve participar ativamente do tratamento dos pacientes renais crônicos, e lhe é atribuída a responsabilidade pelos procedimentos técnicos e de relação do paciente com o meio ambiente. Assim é evidente a importância da qualificação e do conhecimento que os profissionais de enfermagem devem possuir para atuar frente às complicações e adversidades decorrentes do tratamento e da própria doença renal. A monitorização, a detecção e a intervenção frente a estes agravos são um diferencial capaz de minimizar, prevenir e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. ³

1.1 Origens históricas da visita domiciliar

A VD tem sido considerada uma importante atividade de enfermagem de Saúde Pública. Através de estudos foi possível identificar alguns períodos na sua evolução que, na verdade, está intimamente ligada à da própria enfermagem. ^{4,5} A assistência de Enfermagem Domiciliária data do período pré-cristão e divide-se em em dois períodos distintos denominados de pré-científico ou religioso e científico. ^{4,5}

No período pré-científico ou religioso, a VD possuía um enfoque assistencialista, caracterizado pela "caridade", pois prestar serviços aos pobres e doentes era considerado

como um serviço prestado a Deus, sem a preocupação com nenhum método que desse suporte científico aos trabalhos assistenciais prestados no domicílio. ⁴

Na Era Cristã, os Apóstolos, referindo-se aos ensinamentos de Cristo relatados na Bíblia, exaltavam esse atendimento aos mais necessitados. Lucas, em uma passagem bíblica, afirma: "Estava doente e me visitaste". ⁴

No Século XVI, São Vicente de Paula criou, na Itália, o Instituto das Filhas de Caridade em que as Irmãs prestavam assistência aos doentes e aos pobres em seu domicílio. Para esse atendimento, foi preconizado um manual de todos os procedimentos e etapas que deveriam ser realizadas nas visitas. Esse manual possuía uma parte especifica sobre a VD denominada "A Procura de Doentes". ⁴

O início do período científico, por volta de 1850, foi marcado por uma sistematização dos procedimentos da VD. Esse processo passa a ser cada vez mais elaborado, e difundiu-se na Europa e nos Estados Unidos. Em 1909, na Inglaterra, foi determinada a regulamentação para a capacitação profissional pelo Conselho Municipal de Londres que disciplina e regulamenta a formação das visitadoras. ⁴

Nos Estados Unidos em meados de 1900, em Nova York, a VD foi criada pela instituição "Visiting Nurses Association", que se estendeu para outros estados do país.⁴

A instauração da VD institucionalizada no Brasil tem seu marco inicial em artigo publicado em 15.10.1919 pelo "O Jornal", onde o Dr. J. P. Fontell aborda a educação sanitária e a necessidade de formação de enfermeiras visitadoras, sugerindo a criação desse serviço. A criação do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil foi para o objetivo de prevenção. ⁴

Em 1921, a pedido de Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, sob o patrocínio e cooperação do Serviço Internacional de Saúde da Fundação RocKfeller, chegou ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras visitadoras americanas com finalidades de orientar o processo de assistência a pacientes tuberculosos tratados nos dispensários, estudar a situação e elaborar propostas e sugestões para a formação de enfermeiras no Brasil. ⁶

Dessa maneira em 1922 foi criada a Escola de Enfermagem Anna Nery, como instituição pertencente à Universidade do Rio de Janeiro, como modelo de enfermagem moderna de Florence Nightingale. ⁶

A VD pode ser definida como um conjunto de ações interligadas, articuladas e sistematizadas, desenvolvidas pela equipe de saúde no domicílio, com o objetivo de promover, estabelecer a saúde de pessoas em seu contexto socioeconômico, cultural e

familiar, tendo como base o planejamento, buscando a adoção de uma postura de escuta e um saber fazer que demonstrem atenção, respeito, compromisso e ética. ^{5,7}

Na prática, tem-se observado que a VD ocorre principalmente para intervir ou minimizar o processo saúde-doença, apresentando como aspectos relevantes desta ação promover maior interação entre equipe, paciente e cuidador. ^{7,8}

Durante a realização da VD devem-se observar as atividades diárias da família como sua alimentação, seus hábitos de higiene, a situação domiciliar, condições de moradia, de saneamento e condições ambientais e os possíveis fatores de risco à saúde. Informações sobre detalhes dos aspectos familiares como composição da família, sua renda, a ocupação de seus membros, as condições de acesso aos sistemas de saúde e educacional, a mortalidade e a morbidade referidas, bem como outras informações relacionadas aos riscos presentes ou potenciais para integrantes da família ou para a dinâmica de seu funcionamento. ⁷

A VD é um dos instrumentos mais indicados para se começar a trabalhar o indivíduo, a família e a comunidade na prestação de assistência à sua saúde, dentro do seu contexto social. ⁹

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), contempla a DP na modalidade de AD tipo 3 ou AD3). ¹⁰

No decorrer de sua história a VD tem sido uma prática institucional que contribui plenamente para o seguimento dos pacientes em diálise no domicílio, permite conhecer e acompanhar a realidade de cada família, possibilitando intervir o mais rápido possível em falhas detectadas, esclarecimento de dúvidas e fornecendo suporte para estabilidade do tratamento.

A VD possui vantagens como:

- Proporciona aos profissionais o conhecimento sobre o indivíduo, o seu verdadeiro contexto de vida ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, fatores importantes a serem identificados para a prestação da assistência integral à saúde;
- Facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos de que a família dispõe;
- Proporciona melhor relacionamento do profissional e família, por ser um método menos formal e mais sigiloso em relação aos utilizados em outras atividades dos serviços de saúde;

- Proporciona maior liberdade para os pacientes exporem seus problemas, pois o tempo dedicado a eles é bem maior.

As limitações da VD como prática referem-se: ao custo do transporte; possui rendimento menor devido ao tempo e períodos para sua execução; profissionais escalados exclusivamente para essa atividade e avaliação efetividade da VD. ¹¹

1.2 Doença renal crônica

De acordo com Lugon e colaboradores o mundo está enfrentando uma epidemia da DRC e o número desses pacientes está crescendo com maior potencial nos países em desenvolvimento.¹²

Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se uma elevação de 470.000 pessoas em 2004 para mais de 2,2 milhões em 2030. No Brasil, representa um problema de saúde pública, sendo uma importante causa de morbimortalidade e de acordo com o censo realizado anualmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) mostrou, em 2005, 65.121 pacientes em programa de diálise 14, enquanto em 2011 havia 91.314, em 2014 100.397 pacientes e em 2017, 126.583 pacientes. 13-15 A taxa de pacientes incidentes em diálise foi de 119 pacientes por milhão (ppm) em 2005, 149 ppm em 2011, 161 ppm em 2013, 180 ppm em 2015 e 194 ppm em 2017. 14,16,17

A DRC é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrolítico falha, resultando em uremia. Dentre as causas estão às doenças sistêmicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, distúrbios vasculares, infecções, medicamentos, agentes tóxicos, agentes ambientais e ocupacionais (chumbo, cádmio, mercúrio e cromo). ¹⁸

Em seu documento intitulado Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), a National Kidney Foundation (NKF), (2002), ¹⁹ destacou os seguintes critérios que definem a DRC:

- Lesão presente por um período igual ou superior a três meses, definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim, com ou sem diminuição do ritmo de filtração glomerular (RFG), manifestada por anormalidades patológicas ou marcadores de lesão renal, incluindo alterações sanguíneas ou urinárias, ou nos exames de imagem;
 - RFG < 60 mL/min/1,73m² por um período de três meses, com ou sem lesão renal.

Diante de tal definição, o grupo de trabalho que desenvolveu o K/DOQI propôs a seguinte classificação para a DRC:

- a) Estágio I Lesão renal com RFG normal ou aumentado 90 mL/min/1,73m²;
- b) Estágio II Lesão renal com leve diminuição do RFG 60-89 mL/min/1,73m²;
- c) Estágio III Lesão renal com moderada diminuição do RFG 30-59 mL/min/1,73m²;
- d) Estágio IV Lesão renal com acentuada diminuição do RFG 15-29 mL/min/1,73m²;
- e) Estágio V Falência renal funcional ou em Terapia Renal Substitutiva (TRS) <15 mL/min/1,73m².

Em 2012, após o surgimento de novas evidências, a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) publicou um guia para esclarecer a definição e estratificação da DRC, no qual se mantém o conceito original, acrescentando o nível de albuminúria para avaliação da estratificação da DRC, além da importância de enfatizar o diagnóstico clínico (NATIONAL KIDNEY, 2002; NATIONAL KIDNEY, 2013; KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2013). ²⁰

O diagnóstico clínico é realizado por meio de exames laboratoriais e manifestações clínicas como fadiga, anorexia, perda de peso, hipertensão arterial, náusea, vômitos, insônia, palidez cutânea, xerose, prurido, poliúria, nictúria, oligúria, hematúria ou edema, entre outros. Em fases mais avançadas, a doença pode apresentar alterações sistêmicas como anasarca, alterações ósseas, alterações no sono, confusão mental, alterações da pressão intraocular, alterações cardíacas e hipertensão. ²⁰

Os métodos de tratamento da DRCT são: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. 21

A HD é a modalidade de terapia dialítica na qual as substâncias nocivas acumuladas no organismo são eliminadas por meio da circulação extracorpórea. ²²

O transplante renal é um procedimento cirúrgico que consiste na transferência de um órgão (rim) de um indivíduo para outro, a fim de compensar ou substituir uma função perdida. Esse novo rim passará a desempenhar as funções que os rins doentes não conseguem mais manter. O transplante renal pode ser realizado a partir de doadores vivos ou doadores falecidos. ²³

A DP é considerada um método de terapia renal substitutivo eficiente na retirada de líquido e de produtos de degradação urêmicos do corpo. Envolve o transporte de solutos e de água através de uma membrana que separa dois compartimentos contendo líquidos. Esses dois

compartimentos são (a) o sangue nos capilares peritoneais, e (b) a solução de diálise na cavidade peritoneal. ²²

Além da membrana peritoneal e da solução, para realização da DP, também são necessários o cateter flexível inserido no peritônio e os equipos específicos, sendo utilizados para infundir e drenar a solução dialítica da cavidade peritoneal. Durante o curso da DP ocorrem simultaneamente três processos de transportes: difusão, ultrafiltração e absorção. ²²

A utilização de materiais seguros e soluções biocompatíveis somado ao desenvolvimento de máquinas cicladoras propiciaram, com o passar dos anos, resultados importantes em relação à eficácia da diálise, conforto e à segurança do paciente. ^{22,24}

As modalidades existentes de diálise peritoneal utilizadas no domicílio são: Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua (DPAC), Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Constituem alternativas terapêuticas que resgatam a liberdade de ação dos pacientes e propiciam o controle efetivo do quadro clínico. ²²

Embora tenham ocorrido avanços, as variáveis como condições de higiene, nível socioeconômico da família e escolaridade do cuidador constituem pontos fundamentais na eficácia do tratamento. ^{22,24}

Na prática observa-se um contexto mais amplo na escolha do tratamento, entre eles fatores que por ora podem ser impeditivos para a realização da diálise no domicílio como a necessidade de aprendizado para a efetivação da técnica de diálise, ambiente apropriado para execução do procedimento, assim como a sua prática sem a supervisão direta da equipe de saúde. ²⁴

Quanto à avaliação econômica das modalidades de diálises, para a HD constata-se custo maior em relação à DP nos países desenvolvidos; enquanto nos em desenvolvimento os dados são inconclusivos. Esta análise é prejudicada nos países em desenvolvimento devido às diferenças de custos com materiais e equipamentos nas diversas regiões no mundo. ^{22,24}

No decorrer dos anos, a DP tem sido aprimorada tornando a técnica mais fácil e segura com redução da incidência de peritonite. Essa evolução fez da DP o método dialítico equivalente à HD, representando uma alternativa de tratamento, assim todos os esforços devem ser direcionados a fim de evitar complicações. ²⁵

Dentre as complicações infecciosas em DP, destacam-se a infecção do orifício de saída do cateter (IOS), a infecção do túnel subcutâneo e a peritonite.

De acordo com a literatura define-se IOS pela presença de intumescimento, eritema, crosta ou granuloma, acompanhada ou não de exsudado purulento. A cultura da secreção

externa do orifício quando positiva auxilia na confirmação do diagnóstico e na condução do tratamento. ^{25,65}

A peritonite pode ser considerada a mais grave complicação desse método dialítico devido a altas taxas de morbimortalidade evidenciado nesses pacientes. ²⁵

Considera-se peritonite a presença de dialisato efluente turvo acompanhado de dor abdominal e/ou febre. Podendo um desses sintomas ocorrer isoladamente, o diagnóstico é confirmado através da presença de hipercelularidade no líquido peritoneal (acima de 100 leucócitos p/ mm3) ou detecção do microorganismo no exame microbiológico direto ou na cultura do líquido efluente dialisato. ^{62,63}

As complicações mecânicas referem-se à hérnia, a dor abdominal e à drenagem inadequada, enquanto as metabólicas estão relacionadas à hiperglicemia, à obesidade, à hipertrigliceridemia. As hérnias são originadas em decorrência do aumento da pressão abdominal e podem ocorrer devido à utilização de grandes volumes de dialisato, obesidade, pós-operatório de cirurgia abdominal, entre outras. A dor pode ser causada devido à hipertonicidade da solução dialítica, acidez da solução, entre outros. Em relação à drenagem inadequada, muitos fatores podem estar envolvidos, entre eles, obstrução do lúmen devido a trombos ou fibrina, omento e deslocamento da ponta do cateter. ^{22,25}

Segundo dados do SUS, em fevereiro de 2015, o número estimado de pacientes em tratamento dialítico que estão em manutenção e acompanhamento domiciliar submetidos à DPA e DPAC estava próximo a 6.126 usuários no Brasil. Ademais, a realização do programa educacional em DPA e DPAC depende da intervenção de um enfermeiro habilitado para a condução do procedimento que será realizado em domicílio. ^{26,27}

A DRC representa um problema de saúde pública, sendo uma importante causa de morbimortalidade entre as enfermidades crônicas. Buscar estratégias de intervenção em saúde no domicílio requer atenção profissional qualificada, pois se reconhece que este tipo de cuidado exige mobilização de competências especificas. ²⁸

No que compete ao SUS, destaca-se a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC, e as recomendações de ações para o autocuidado apoiado, feitas pela Organização Mundial de Saúde como estratégia para o enfrentamento das doenças crônicas e suas complicações. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ²⁹⁻³¹

1.3 Visita domiciliar a pacientes em diálise peritoneal

Estudos ao longo das últimas duas décadas mostraram que os resultados clínicos e a sobrevida dos pacientes em DP são semelhantes aos tratados por HD. 32,33

Dados recentes mostram que a sobrevida do paciente e da técnica de DP vêm aumentando nos últimos anos. ^{33,34}

Recentemente, estudo brasileiro traz um novo conceito em DP *urgent-start e sugere* que esta modalidade é uma alternativa viável e segura para pacientes que iniciam a terapia dialítica mesmo que seja de modo não planejado. ³⁴

A ideia é de que, essa estratégia corresponda aos pacientes com DRC avançada, porém, previamente, desconhecida ou àqueles com progressão acelerada para DRC estádio final que iniciam TRS em DP, com utilização do cateter de *Tenckhoff* em até 72 horas após o implante, sem utilização prévia de terapia hemodialítica. ³⁵

A DP vem se tornando um método de primeira escolha com crescimento significativo. Dessa forma ressalta-se a importância de manter através da VD o acompanhamento de como esses pacientes realizam a DP no domicílio e fortalecer a prática assistencial direcionada às necessidades de saúde desta população.

No que se refere ao acompanhamento em DP no domicílio, após a capacitação do paciente e/ou cuidador, a equipe de saúde deve planejar as VD de acordo com a rotina de cada instituição. O comparecimento do paciente ao serviço de diálise deve obedecer a RDC nº 154 de 15 de junho de 2004, a qual preconiza que ele necessita de uma avaliação médica mensal e exames específicos. 36,37

A DP pode representar riscos para o paciente caso não sejam respeitados alguns requisitos indispensáveis ao sucesso da mesma, como condições minimamente adequadas de moradia, antissepsia do ambiente reservado à DP, motivação e domínio da técnica por parte dos familiares responsáveis ou do próprio paciente. ³⁸

Acrescenta-se a isso a Portaria nº 385, de 25 de abril de 2016, que redefine a AD ao paciente em DP no âmbito do SUS, na modalidade de AD. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é caracterizado pelo conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da reabilitação da saúde que é realizada em domicílio, visando à continuidade e à integralidade de cuidado. 36,38,39

A AD é organizada em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. Na primeira delas, estarão incluídos os pacientes que possuem problemas de saúde controlados, com dificuldade

e/ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de cuidados de menor complexidade, abarcados na capacidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A AD2 inclui os pacientes com problemas de saúde, dificuldade e/ou impossibilidade física de locomoção, além de necessitarem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo.

Na modalidade AD3, incluem-se os pacientes que demandam a modalidade AD2, além de dependerem do uso contínuo de algum equipamento, como, por exemplo, os que, para respirar, necessitam de pressão aérea positiva por dois níveis (BIPAP) ou diálise peritoneal. 36,40,41

A VD aos pacientes que realizam a DP no domicílio demanda ações como o auxílio no processo de empoderamento deste e/ou do seu cuidador em relação ao tratamento e apoio às fragilidades apresentadas. ⁴²

Como prática institucional a VD contribui satisfatoriamente para o seguimento do tratamento no domicílio; possibilita conhecer e acompanhar a realidade das famílias; intervêm o mais rápido possível em falhas detectadas e esclarece dúvidas e tem enfoque educativo, por meio da avaliação socioeconômica do indivíduo e seus membros com vistas a oferecer o cuidado específico. ^{3,41,43}

A realização periódica da VD mantém o paciente e/ou cuidador capacitados e supervisionados pela equipe de enfermagem em relação às condições do domicílio, equipamentos, insumos (materiais de higiene e limpeza). A manutenção das condições adequadas possibilita a realização efetiva do procedimento domiciliar de DP.

O diagnóstico situacional acurado sobre as condições de moradia, habilidades cognitivas e motoras do paciente e da família é fundamental na prevenção de complicações.^{3,44}

No contexto, a VD é um momento rico de troca de saberes entre profissionais e paciente/cuidador que podem participar de forma ativa, crítica, questionadora e refletirem sobre as reais necessidades, como sujeitos transformadores do processo de saúde.^{3,44}

É possível conhecer o lar de um indivíduo sob seus cuidados, considerar o ambiente para além das dimensões físicas, levando em conta as relações familiares (dinâmica e organização da estrutura familiar), as relações sociais, aspectos econômicos, culturais, políticos e espirituais, dentre outros que interferem nas concepções e práticas de cuidado da sua própria saúde.^{3,44}

1.4 Papel da enfermagem na VD para pacientes em DP

A VD é um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo e família, no seu domicílio, assistência, orientação sobre saúde, motivação para o autocuidado e por conseguinte, maior adesão ao tratamento.⁵

O Comitê de publicações da International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) recomenda a necessidade de preparar enfermeiros especialistas em nefrologia como responsável pelo ensino do paciente e enfatiza a importância do conhecimento específico sobre DP. O especialista deve possuir capacidades de estabelecer: boa comunicação com o paciente/cuidador; inovação e motivação para o autocuidado. Ainda o especialista tem a função de capacitar pacientes/cuidadores e outros enfermeiros.⁴⁵

No que se refere ao acompanhamento em DP no domicílio, cabe ao enfermeiro planejar as VD de acordo com a rotina de sua instituição após a capacitação do paciente e/ou cuidador. O comparecimento dos mesmos ao serviço de diálise deve obedecer a RDC nº 154 de 15 de junho de 2004, a qual preconiza que o paciente necessita de uma avaliação médica mensal e exames específicos. 36,37

As ações do enfermeiro devem estar fundamentadas no Código de Ética de Enfermagem e na Lei do Exercício Profissional. De acordo com esta última, cabe ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. ⁴²

É necessário que o enfermeiro estabeleça um programa de enfermagem para a VD. Esse processo é fundamental pois orienta e supervisiona o tratamento de acordo com as reais necessidades do paciente, oferece suporte para a tomada de decisão para ingressar ou não e manter-se nessa modalidade de tratamento.²⁷

O enfermeiro estimula no paciente e/ou cuidador o desenvolvimento da capacidade de auto avaliação no processo ensino - aprendizagem, assim como avaliar a necessidade de recrutá-los para novo processo de ensino na vigência de peritonite recorrente, oportunizando-os a reconhecer e corrigir possíveis falhas.⁴⁵

A efetividade das ações do enfermeiro pode ser avaliada através de: supervisão de cuidados prestados pela família, ou por um de seus membros; prestação de cuidados de enfermagem no domicílio; levantar dados sobre as condições de saneamento em que vive a família, por meio de entrevistas e observações; orientação sobre a prestação dos cuidados no domicílio; aprimoramento da técnica de diálise e assuntos de higiene geral.⁸

A DRC provoca alterações significativas no cotidiano do paciente levando-o à busca de meios para adaptação à nova condição de vida. As ações educativas do enfermeiro quando bem planejadas contribuem para a redução de complicações que podem surgir no transcorrer do tratamento, pois visam maior conhecimento sobre a doença e tratamento, ao tempo em que prepara o paciente para vencer as adversidades, adquire maiores subsídios para o autocuidado e, por conseguinte, maior adesão ao tratamento.⁴⁶

O contato do enfermeiro com o paciente no domicílio permite o estabelecimento de vínculos, que se formam através de uma escuta diferenciada, atenciosa e do reconhecimento deste sujeito como ser que age, pensa, sente e, muitas vezes, não tem a possibilidade de compartilhar seus medos, angústias e dificuldades. Neste momento espera-se atingir uma relação de confiança e de troca de experiências, que poderá influenciar positivamente o processo de cuidar.⁴⁶

O enfermeiro necessita utilizar não somente o seu conhecimento, mas também experiências dos pacientes e cuidadores a fim de proporcionar a atenção individualizada, além de incentivar a participação direta e adesão destes no tratamento.

A VD realizada pelo enfermeiro deve ser sistematizada de modo a detectar precocemente problemas relacionados à falta de conhecimento, habilidade, e de motivação; insegurança; estresse humano relacionado a sobrecarga do tratamento; excesso de atividades e responsabilidades para o cuidador; a falta de aderência ao tratamento, como falha na técnica, tempo de terapia incompleto, falta de adesão medicamentosa e a dieta. Esses problemas podem levar a diminuição da ultrafiltração peritoneal e transporte de soluto; sobrecarga de volume; complicações mecânicas ou infecciosas e consequentemente perda do método ou óbito. 45,47

Ressalta-se que o enfermeiro possua habilidades no processo de capacitação do paciente/cuidador que contemple: o conhecimento básico sobre DRC e DP; a importância das técnicas; ocorrência de complicações; cuidado com o OS do cateter no abdômen; aceitação e adesão a terapia de escolha. Esses conhecimentos são fundamentais para os pacientes alcançarem maior sobrevida em DP e diminuir consequentemente as complicações advindas do tratamento.⁴⁵

O enfermeiro precisa estar atento aos fatores que afetam aprendizagem no processo de capacitação do paciente/cuidador: estado urêmico; idade; capacidade mental, emocional e cognitiva; contexto cultural e o social. O foco da ação do enfermeiro é o paciente, e também

da família onde se insere. A colaboração familiar traz segurança para o paciente, é essencial para o sucesso e adesão ao tratamento.

Além do enfermeiro, a equipe de saúde onde está inserido deve ser composta por profissionais como, médico, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, que devem estar envolvidos nesse processo de capacitação que compreenda estratégias para minimizar os efeitos da doença, do tratamento, da falta de adesão pelo paciente/cuidador.

Desta forma, torna-se essencial a atuação do enfermeiro e a busca de um referencial teórico para a construção do processo de capacitação que forneça subsídios conceituais para: refletir acerca das ações de enfermagem a serem implementadas; avaliar os resultados alcançados; compreender o campo de habilidades desenvolvidas pelos pacientes/cuidadores em procedimento dialítico no domicílio.

1.5 Referencial teórico de enfermagem: a teoria de autocuidado de Orem

As pessoas que convivem com a DRC e se encontram em tratamento dialítico necessitam reconstruir sua realidade, pois a doença afeta não apenas seu biológico, mas também todo o universo sociocultural delas é modificado com a presença desta terapêutica.

Entende-se que estas pessoas dependerão sempre de seu autocuidado, necessitando, também, de apoio da família, de profissionais e das instituições de saúde, independentemente do tratamento realizado.⁴⁶

O autocuidado é definido em dar atenção a nós mesmos. Cuidar de si, da nossa própria saúde, buscar equilíbrio frente às necessidades físicas e mentais.

Quando temos a consciência de que a mudança de alguns hábitos é importante para o nosso bem-estar já é o começo de uma transformação. Algumas atividades e ações devem ser aprendidas, compreendidas e utilizadas ao longo da vida pelos pacientes com DRC.

No que compete ao SUS, destaca-se a Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com DRC, e as recomendações de ações para o autocuidado apoiado, feitas pela Organização Mundial de Saúde como estratégia para o enfrentamento das doenças crônicas e suas complicações.³⁰

Para que possamos compreender quais são as habilidades requeridas pelos pacientes que realizam a DP no domicílio, torna-se imprescindível identificar pressupostos conceituais acerca do tema.

O termo habilidades refere-se ao "saber fazer", ou seja, utilizar o conhecimento e aplicá-lo de modo a resolver problemas e situações, assim como criar e inovar.⁴⁸

É por meio das habilidades que as competências são adquiridas e de maneira eficiente são utilizadas e resultam no "saber fazer". As habilidades são aperfeiçoadas e articuladas pelo desenvolvimento das ações e operações e isto possibilita uma nova reorganização das competências, transformando conhecimento em resultado.²⁹

Dessa forma, a partir dos conhecimentos oriundos da educação terapêutica para a realização da DP no domicílio, os pacientes/cuidadores, ao realizarem o procedimento dialítico, "fazem o que sabem", ou seja, lançam mão das habilidades requeridas e aprendidas.²⁹

A terapia domiciliar da DP dependente que o paciente possua requisitos para o seu autocuidado. Se o paciente não atender esse princípio existe a necessidade de um cuidador, ou seja, um agente para que a demanda terapêutica do autocuidado seja atingida.

Nesse contexto existe a necessidade do paciente/cuidador aceitar que a terapia renal substitutiva (TRS) seja realizada no domicílio e com tudo entender, aprender e executar o procedimento da diálise.²

Para que o planejamento do procedimento da DP no domicílio seja elaborado é imprescindível que o enfermeiro utilize pressupostos teóricos e conceitos que subsidiem a sua prática.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem tem sido abordada em diversos estudos realizados com pacientes que apresentam o diagnóstico de DRC, que necessitem de autocuidado, ou déficit o que demonstra a pertinência da utilização dessa teoria como referencial teórico para esta dissertação.⁴⁹

Os quatro conceitos principais da Teoria de Orem: Seres humanos; Enfermagem; Sociedade e Saúde.

Os seres humanos possuem capacidade de refletir sobre si e seu ambiente, simbolizar o que vivenciam e utilizar das criações simbólicas, ou seja, das ideias e das palavras, no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar atividades que trazem benefícios a si e para os outros. Estas características diferenciam os seres humanos de outros seres vivos.⁵⁰

O funcionamento humano integrado abrange os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais. As pessoas apresentam potencialidade para aprendizagem e para o desenvolvimento, sendo o comportamento aprendido, o modo pela qual o indivíduo satisfaz as

suas necessidades. Caso ele não consiga aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender os cuidados e fazer para ele. Os fatores que afetam sua aprendizagem são: a idade, a capacidade mental e emocional do mesmo, a cultura e a sociedade em que vive. 41-50

O ambiente é entendido como todos os fatores, sejam físicos, químicos, biológicos e sociais que influenciam e é influenciado pela pessoa.⁵⁰

A definição de saúde para Orem vai ao encontro da OMS, pois a considera como estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Para ela, os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no ser humano.⁵⁰

Ademais, a saúde é apresentada com base no conceito de cuidados preventivos a saúde, ou seja, inclui-se a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).^{50,51}

A enfermagem é conceituada como "uma arte através da qual a enfermeira e o praticante de enfermagem prestam assistência especializada às pessoas incapacitadas, visando satisfazer as necessidades diárias para o autocuidado".⁵⁰

Sua prática é necessária quando o adulto é incapaz de manter a continuidade, qualidade e quantidade de autocuidado terapêutico necessário a manutenção da vida, na superação da doença ou no enfrentamento desta.

Na sociedade moderna espera-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si e pelo bem-estar daqueles que são seus dependentes. Os grupos sociais aceitam que pessoas doentes ou incapacitadas sejam ajudadas na obtenção e/ou recuperação de suas capacidades existentes. Desta maneira, a enfermagem é prestigiada como um serviço necessário e desejado nas comunidades.^{50,51}

Orem construiu sua teoria em três constructos distintos e interligados: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Autocuidado nessa ótica é a "prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza para benefício próprio para manter a vida, a saúde e o bem-estar...", portanto vê a pessoa como um todo.

O paciente que realiza a DP no domicílio executa atividades prescritas para efetivação do tratamento dialítico, sendo assim, o mesmo efetua atividades de autocuidado. Essa pode ser afetada pelos fatores condicionantes básicos que são: o sexo, a idade, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, entre outros.^{50,51}

Orem define exigências terapêuticas como ações dos próprios indivíduos para cuidar de si, que devem ser realizadas durante um tempo específico para atender os requisitos do autocuidado. Os requisitos de autocuidado podem ser: requisitos universais; desenvolvimentais e de desvio de saúde.

Os requisitos universais: englobam todos os processos necessários para a integridade do corpo, como respirar, comer.

Os requisitos desenvolvimentais: aqueles voltados para o desenvolvimento do indivíduo, que mudam de acordo com os diferentes estágios da vida.

Os requisitos de desvio de saúde: referem-se aos cuidados ou tomadas de decisões exigidas em condições de doença, visando à recuperação, reabilitação e ao controle. ⁵⁰

Em condições normais de saúde a pessoa consegue cumprir as necessidades do autocuidado, mas quando em desequilíbrio surgem os desvios das necessidades de autocuidado. Nesse momento exige-se intervenção de enfermagem para restaurar o equilíbrio.⁵²

No processo ensino-aprendizagem a pacientes com DRC, é importante destacar as características específicas que irão demandar e influenciar no aprendizado para o autocuidado. Os pacientes renais podem ter menor capacidade de memorização e atenção, que necessita de maior ênfase nas sessões de treinamento e que não devem ser muito longas. As informações devem ser demonstradas com recursos audiovisuais devido a alteração no sistema sensorial. O grau de concentração diminuído necessita de estímulos, repetições e frequentes reforços positivos. ^{2,49}

Durante a VD o enfermeiro avalia as exigências feitas para o autocuidado e identifica as habilidades necessárias para lidar com as demandas provenientes do tratamento. Os motivos do déficit autocuidado devem ser elucidados, como: falta de conhecimento, de habilidade, de motivação, de capacidade de realizar o autocuidado. Assim atingir o autocuidado exige avaliação continua, e esse incremento melhora a relação enfermeira/paciente e deve envolver a família.⁵²

A identificação de déficits de autocuidado demanda oferta de assistência de enfermagem de acordo com a classificação dos Sistemas de Enfermagem:

1. Sistema Totalmente Compensatório: nesse caso, o indivíduo é incapaz de engajar-se no autocuidado, sendo a enfermagem responsável por suprir todas as demandas que garantirão a existência humana;

- 2. Sistema Parcialmente Compensatório: Consiste nos casos em que tanto o enfermeiro quanto o indivíduo realizam atividades de autocuidado;
- 3. Sistema de apoio educação: Nesse sistema, o indivíduo é capaz de realizar as atividades de autocuidado, porém ele deve aprender a desempenhar as atividades demandadas de autocuidado terapêutico que são ensinadas pelos enfermeiros.⁴¹⁻⁵¹

Os conceitos sobre os Sistemas de Enfermagem podem ser empregados para educação dos pacientes em DP.

Cabe ao enfermeiro planejar a assistência de enfermagem na VD com foco na demanda terapêutica do paciente e na capacidade de autocuidado, assim como identificar os requisitos necessários às ações e a colaboração do grupo e ou dos seus familiares. Desses fatores depende o sucesso do tratamento.

1.6 Adesão do paciente ao tratamento dialítico

Vale ressaltar que, além dos altos custos, a DRC e o tratamento dialítico comprometem, na maioria das vezes, aspectos físicos e psicológicos dos pacientes que relatam sentimentos como angústias, incertezas e dificuldades. Faz-se necessário o processo de reaprender a viver e continuar vivendo com todos os danos, sejam eles psicológicos ou fisiológicos e com diferentes efeitos sociais e culturais oriundos dessa situação. 18,46

A não adesão ao tratamento é um dos maiores problemas de saúde pública. A OMS (2003) relata que nos últimos quarenta anos, os cientistas que atuam na área de saúde, do comportamento e os sociólogos têm se preocupado com níveis de adesão, seus determinantes e intervenções. Isso decorre da constatação de que, em nível coletivo, saúde precária e aumento dos custos com relação à saúde são consequências da má adesão às terapias de longo prazo. ¹³

Quanto mais complexo o tratamento, mais difícil se torna a adesão. A DRC e suas patologias secundárias, trazem complicações aos pacientes que sofrem alterações muito bruscas em sua rotina, pois a convivência com a doença é diária, tendo de se readaptar constantemente as novas alterações trazidas, sejam elas pelas mudanças orgânicas, socioeconômicas e de imagem corporal. Na verdade, algumas doenças crônicas promovem alterações físicas evidentes.⁵³

Diante do diagnóstico da doença e da necessidade do tratamento, diversas são as formas de reações, predominando a negação seguida da indiferença, fato atribuído à falta de conhecimento do tratamento. ⁵⁴

O paciente também demonstra sentimento de tristeza e medo, a não aceitação da doença relacionada às limitações impostas pelo tratamento e a mitos criados pela sociedade, pelo fato de implicar dependência de uma máquina, da tecnologia ou de um cuidador.⁵⁵

Além da terapia dialítica, o tratamento farmacológico se faz necessário para o controle das alterações que a DRC provoca no organismo. Nesta população, a quantidade de medicamentos usados pode ser ainda maior devido à presença de outra patologia, ocasionando consequentemente menor adesão ao tratamento, erro da dosagem, esquecimento, uso prolongado. Devemos levar em conta outros fatores tais como; econômicos, falta do medicamento nas unidades básicas, o medo dos efeitos colaterais, limitações físicas para a compra, principalmente quando moram sozinhos. 56,57

Pesquisadores afirmam que apenas o uso da medicação muitas vezes não é suficiente. Outro fator importante é a dieta balanceada. A não adesão e ingestão incorreta pode interferir na absorção, não realizando o efeito desejado.⁵⁸

Em sua revisão da literatura Beuter e demais autores, identificaram nove fatores que influenciam na adesão ao tratamento: a confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, complexidade do esquema terapêutico e ausência de sintomas. ⁵⁹

Sendo assim, no contexto da VD é provável que a observação do paciente em seu lar e suas diversas dimensões, poderiam fazer parte de instrumento de avaliação de aderência ao tratamento. As diversas dimensões consideradas são: condições de higiene pessoal e do ambiente, do cumprimento e aceitação das prescrições medicamentosas, nutricionais e da diálise, a avaliação clínica e nutricional com controle da pressão arterial e de peso do paciente, o seguimento correto dos passos para a execução da técnica de diálise, o acompanhamento mais efetivo do processo de diálise no domicílio, tanto pela equipe hospitalar que o assiste quanto da EPF a que ele deve estar vinculado, a avaliação psicossocial do paciente, do cuidador e das relações familiares.¹⁸

A não adesão ao tratamento é percebida indiretamente durante as consultas através dos resultados de exames, pelas intercorrências clínicas apresentadas pelo paciente ou mesmo durante as visitas domiciliares. Outros fatores relacionados à má adesão como: o não

seguimento da prescrição medicamentosa, falta aos retornos mensais nas consultas ambulatoriais, a negligência com relação à limpeza e organização da casa e quarto de diálise, enfim, o não comprometimento geral, consciente ou inconsciente com o tratamento poderia ser minimizado pelo acompanhamento efetivo da EPF responsável, promovendo a referência e contra referência recomendada pelo SUS.^{57,59}

O conhecimento dos fatores permite aos profissionais da equipe de saúde o planejamento de estratégias para suprir as demandas apresentada por esses fatores.

Na tentativa de amenizar estas reações, observa-se que as instituições de saúde, as quais oferecem a DP no domicílio, têm buscado estratégias para melhoraria da adesão ao tratamento, melhoria na qualidade de vida, ensino e pesquisa e consequentemente sobrevida da técnica dialítica.

1.7 Contextualização institucional

O presente estudo foi realizado em um hospital público, de ensino e pesquisa do interior do estado de São Paulo. A instituição é referência do SUS em terapias substitutivas e de tratamento renal. Possui capacidade para 200 pacientes em hemodiálise, sendo que o funcionamento acontece em turnos de 3 vezes por semana com média de duração de 4 horas por sessão. A entrada de pacientes em DP não depende de vagas uma vez que o tratamento diálitico acontece no domicílio.

De acordo com a RDC 154 de 15 de junho de 2004 todo serviço de diálise dever dispor no mínimo de dois médicos nefrologistas, dois enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, um nutricionista e auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes. ³⁷

A complexidade atribuída a DRC e aos problemas relacionados ao paciente no contexto familiar extrapolam os cuidados médicos. A mobilização de competências específicas é fundamental, assim como da necessidade de materiais, equipamentos eficientes e seguros. A instituição dispõe de equipe multidisciplinar capacitada para atender os pacientes com DRC, e a meta é obter resultados benéficos em relação ao tratamento de escolha, diminuição de complicações infecciosas, incentivo à adesão, permanência no método dialítico e evitar óbito precoce. ⁶⁰

O médico nefrologista ocupa papel importante no tratamento da DRC, é considerado por toda equipe agente positivo de mudanças em qualquer situação. Suas ações devem estar

fundamentas, seguindo as diretrizes clínicas de sua especialidade. Buscam conhecimento constante prestando assim uma assistência de qualidade que vai desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e cura de algumas doenças.

O psicólogo avalia os aspectos psicofisiopatológicos para minimizar o sofrimento emocional e favorece o entendimento do processo saúde-doença e, por conseguinte, a adesão ao tratamento.⁶¹

O assistente social investiga o perfil sócioeconômico e cultural por meio de consultas individuais, coletivas e VD auxiliando o paciente com DRC na busca dos direitos sociais e melhor escolha de tratamento para seu estilo de vida. Diante do contexto, fornece informações sobre os equipamentos sociais de suporte ao tratamento, busca de direitos aos benefícios sociais ou previdenciários, ações de mediações de conflitos familiares e intervenções frente às dificuldades e apoio com município de origem.

O nutricionista orienta, auxilia e monitora os pacientes na escolha dos alimentos adequados de forma contínua. O controle dos níveis séricos de úreia, creatinina, potássio, sódio e prevenção e tratamento de edemas são fundamentais para a recuperação e/ou manutenção do estado nutricional e, consequentemente, da qualidade de vida destes pacientes.

A atuação do profissional farmacêutico nas VD, residentes do programa de residência multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, proporciona subsídios e a conquista de espaço na equipe multiprofissional. A VD realizada pelo farmacêutico em conjunto com o enfermeiro proporciona crescimento profissional, atendimento diferenciado ao paciente trazendo informações para equipe hospitalar sobre aderência, dificuldades e acesso as medicações, enfim nos mostra uma realidade que nem sempre é vivenciada por todos os membros da equipe.

A equipe de enfermagem permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente em DP, dessa maneira, os profissionais devem manter-se atualizados seguindo as recomendações da ISPD e as ações devem fundamentar-se no Código de Ética de Enfermagem e na Lei do Exercício Profissional.

Ao enfermeiro especialista são atribuídas ações no processo de ensino-aprendizagem sobre tratamento domiciliar de pacientes e orientações aos familiares. Essas ações de enfermagem iniciam-se desde a avaliação da capacidade para o autocuidado, absorção dos ensinamentos, entendimento da gravidade da doença, desenvolvimento da técnica ensinada, assim como avaliar a necessidade de novo processo de ensino na vigência de peritonite. A VD

proporciona oportunidade de reconhecer e corrigir possíveis falhas mantendo um padrão adequado de tratamento no domicílio de acordo com a realidade de cada paciente e família.

Após confirmação do diagnóstico, inicia-se o treinamento, sendo dividido entre conteúdo teórico e prático.

No primeiro encontro acontece a apresentação do enfermeiro ao paciente. Nesse momento o paciente expressa suas ansiedades, dúvidas e angústias. O paciente/cuidador entra contato com equipe multiprofissional sendo agendado horário de atendimento para consultas com prioridade de acordo com sua demanda.

A primeira etapa do conteúdo teórico é iniciada com o processo educativo, que busca a capacitação para a realização do procedimento no domicílio, sendo individualizado e configura momento de interação entre enfermeiro e paciente/cuidador.

Esse processo engloba explicações para o entendimento da perda da função renal; complicações devido DRC; aspectos básicos sobre dieta; controle hídrico e peso; auto cuidado; presença de cuidador; escolha do método que melhor se adequar ao estilo de vida do paciente e família; modalidades existentes dentro da DP (CAPD ou DPA); mecanismo da diálise; adaptações no ambiente doméstico; melhor local para realização da DP; mudanças no estilo de vida; adaptações para realidade de cada família e paciente; entrega dos materiais de diálise; controle de estoque; armazenamento e descarte desses materiais; importância da adesão ao tratamento; coleta de exames e comparecimento a consultas.

Na segunda etapa do conteúdo teórico é dado maior enfoque sobre higiene do local do procedimento, higiene pessoal, lavagem das mãos e uso correto do álcool gel, cuidados com o cateter peritoneal, realização de curativo, prevenção e possíveis causas de IOS e peritonite, assim como o tratamento através do uso de antibiótico de acordo com protocolo de cada unidade e controle de infecção hospitalar.

É preciso lembrar que devido ao seu nível educacional e cognitivo cada paciente/cuidador possui um grau de entendimento que deve ser respeitado. Esse fato se torna mais relevante se o paciente desenvolver seu autocuidado, pois o processo urêmico traz limitações físicas e cognitivas.

A presença e participação da família neste processo é muito importante, pois os pacientes demonstram maior segurança, confiança e estabilidade emocional para realizar o procedimento da DPAC e DPA no domicílio, providenciando assim um ambiente propício.

Durante todo esse processo é preciso que exista empatia entre os envolvidos para que ocorra troca de informações, experiências, entendimento e comprometimento do

paciente/cuidador com a própria saúde, tratamento de escolha e dando início ao conteúdo prático.

Na primeira etapa do conteúdo prático a enfermeira treinadora demonstra a técnica de DPA - montagem da cicladora e realização da CAPD - troca manual. O ambiente para realização do ensino ao paciente e cuidador precisa ser tranquilo, com boa iluminação, pia para higienização das mãos e materiais de simulação para a realização da técnica dialítica.

Definido a modalidade de escolha o paciente/cuidador reproduzem a técnica ensinada quantas vezes forem necessárias e de acordo com sua disponibilidade, podendo voltar em outro dia pré-agendado para novo treinamento até que esteja seguro e sem falhas na execução.

O tempo de treinamento varia em média de 1 hora teórica, 2 horas práticas, com frequência de realização mínima uma vez por semana, podendo ser optado por mais frequências caso disponibilidade e desejo do paciente ou cuidador. Em situações em que o paciente se apresente internado, terá a necessidade da presença do cuidador, e o treinamento poderá ser realizado diariamente, com média de uma hora.

Para que haja uma boa memorização das etapas é fornecido um folheto ilustrativo contendo a técnica na integra para que o paciente possa ler, com objetivo de auxiliá-lo em caso de dúvidas. O treinamento prático não apresenta tempo de conclusão (dias, semana, meses), é realizado até aprendizagem e presença de segurança em todas as etapas.

Um estudo de coorte, brasileiro - BRAZPD II- avaliou o impacto das características do treinamento sobre as taxas de peritonite, de janeiro de 2008 a janeiro de 2011. Os pacientes que receberam treinamento com duração > 15 h tiveram significativamente menor incidência de peritonite em comparação com o grupo treinado por <15 h (0,26 episódios por ano em risco versus 0,32, p = 0,01). A presença de um cuidador e o número de pessoas treinados não foram significativamente associados com incidência de peritonite. A realização do treinamento iniciada antes do implante do cateter ou dez dias após seu implante associou-se a menor taxas de peritonites quando comparada com o treinamento iniciado nos primeiros dez dias após o implante do cateter (0,28 vs 0,23 vs 0,32 episódios por ano, respectivamente, p=0,003).⁶⁴

Os autores concluiram que o tempo de treinamento inferior a 15 h, menor tamanho do centro e início de treinamento inferior a 10 dias após o implante do cateter associaram-se a maior incidência de peritonite.⁶⁴

O treinamento prático não apresenta tempo de conclusão e ao final do aprendizado o paciente/cuidador é liberado para realizar a diálise no domicílio, acompanhado da prescrição

médica, orientações enfermagem, retorno a consulta, coleta de exames, rotinas e contato da unidade.

A VD é agendada de acordo com a rotina da unidade e enfermeira visitadora. Regularmente a primeira VD continuada é agendado por telefone um mês após o início do tratamento no domicílio, ou de acordo com a demanda de dúvidas, angústias e não resolução apresentadas pelo paciente via telefone ou pessoalmente.

As VD de rotina são realizadas a cada três meses aos pacientes que apresentam demandas relacionadas à má adesão ao tratamento e medicamentos, dificuldades sócio econômicas, cognitivas, conflitos familiares e sempre que a equipe multidisciplinar solicitar.

Os pacientes que apresentam um maior intelecto cognitivo, uma rede de apoio mais estruturada a visita é agendada a cada seis meses, podendo ser alterada para cada três meses de acordo com demanda ou necessidades apresentadas.

Durante a VD realizada nos municípios dos pacientes acompanhados na Unidade de diálise a enfermeira visitadora observa e anota em um formulário específico os seguintes itens: reprodução da técnica no domicílio; condições da cicladora de diálise; examinando quanto a preservação e limpeza, registro de terapia; registro de alarmes; as anotações do paciente; particularmente sobre as drenagens; as condições da moradia que interferem na diálise; presença de animais domésticos com acesso ao local da diálise; condições de higiene do local da diálise; armazenamento; excesso e descarte dos materiais de diálise; higiene do paciente e cuidador; estado clínico geral e avalia-se presença de processo infeccioso ou alérgico do OS do cateter de DP.

A VD continuada permite a enfermeira observar se o paciente mantém sua autonomia, se as modificações ou adaptações realizadas ao longo do tratamento não trazem riscos durante a aplicação da técnica.

É um momento onde se pode avaliar o paciente quanto as habilidades requeridas para o autocuidado; prevenir complicações advindas do estresse humano relacionado a sobrecarga do tratamento ou excesso de atividades e responsabilidades para o cuidador; realizar contra referência do paciente em DP à UBS de sua região; realizar re-treinamento no domicílio em situações em que o paciente desenvolva peritonites frequentes; verificar a adesão ao tratamento.

Essa coleta de dados e informações são relevantes para a discussão em equipe proporcionando aos profissionais envolvidos o conhecimento sobre o indivíduo, o seu

verdadeiro contexto de vida, seu meio ambiente, relações afetivo-sociais, facilitando intervenção e adaptação do planejamento da assistência adequada para cada paciente.

Cabe ressaltar que é um grande desafio a compreensão de como intervir nos processos de cuidados de saúde que tem extensão fora do ambiente institucional, o que evidencia a importância dos cuidados no período pré, inter e pós-procedimento de DP. ⁶⁵

A estratégia de intervenção em saúde no domicílio requer atenção profissional qualificada, pois se reconhece que este tipo de cuidado exige mobilização de competências especificas, principalmente ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes crônicos, familiares e em equipe multiprofissional, bem como autonomia, responsabilidade, conhecimento técnico e científico próprios do campo.^{3,27}

1.8 Justificativa do estudo

Assim se faz necessário uma avaliação do processo da VD relacionado ao tratamento oferecido pela instituição e como essa atividade corroborou para incrementar as ações de enfermagem e da equipe multidisciplinar.

Obter melhores resultados possíveis em relação aos pacientes em DP domiciliar e caracterizar a VD em um dado período de tempo pode colaborar com a análise e efetividade das ações implementadas, cooperar com o processo de trabalho da equipe multiprofissional e de enfermagem, além de estimular futuros estudos e gerar perguntas de pesquisa relacionadas ao tema.



2 OBJETIVOS

- ✓ Elaborar revisão integrativa sobre o tema;
- ✓ Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes em diálise peritoneal submetidos a VD;
- ✓ Identificar as variáveis quantitativas e qualitativas descritas nos formulários de VD e relacionar as variáveis ao desfecho peritonite.
- ✓ Demonstrar a VD como instrumento de avaliação da adesão e prevenção de peritonites a pacientes em DP.



3 MÉTODOS

3.1 Método 1 - revisão integrativa

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura para retratar o estado da arte da produção científica em bases nacionais e internacionais sobre o tema investigado.

Foi composta de cinco etapas: definição da pergunta norteadora da revisão; busca sistematizada de artigos científicos nas bases de dados nacionais e internacionais; análise na íntegra, identificação e categorização das evidências nos artigos selecionados; interpretação dos resultados e apresentação da revisão ou síntese do conhecimento. ⁸

3.1.1 Período do estudo

O período de busca foi delimitado de janeiro de 2014 a janeiro de 2019.

3.1.2 Estratégia de busca

Foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), bases nacionais Bireme e Scielo; as bases internacionais foram Web of Science, Pubmed, Scopus, Embase e Cinahl.

Os termos utilizados foram selecionados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) em combinação com os operadores booleanos AND e OR, seguindo-se as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* - (PRISMA).⁹

Foram elaboradas equações para a buscas em português e inglês, na Bireme e Scielo e nas bases Pubmed, Web of Science, Scopus, Embase e Cinahl.

A estratégia em inglês, espanhol e português direcionada à plataforma Bireme foi: (Peritoneal Dialysis OR Diálisis Peritoneal OR Diálise Peritoneal) AND (Home Visit OR Visita Domiciliaria OR Visita Domiciliar).

A estratégia em inglês foi elaborada para Pubmed, Web of Science, Scopus, Embase e Cinahl foi: (*Dialyses, Peritoneal OR Dialysis, Peritoneal OR Peritoneal Dialyses*) AND (*Call, House OR Calls, House OR House Call OR Home Visits OR Home Visit OR Visit, Home OR Visits, Home*).

3.1.3 Critérios de inclusão

Artigos publicados na íntegra disponíveis eletronicamente gratuitamente; em idiomas português, inglês e ou espanhol; e que respondessem à pergunta norteadora da revisão. "Como se descreve a VD realizada pelo enfermeiro à pacientes em DP quanto a adesão ao método dialítico, a prevenção de complicações e a sua eficácia como ferramenta de apoio?".

3.1.4 Critérios de exclusão

Cartas ao editor; relatos de caso; editoriais; artigos em duplicidade; aqueles que no título já não se referiam ao tema proposto.

3.1.5 Instrumentos de análise dos artigos

Para análise na íntegra dos artigos incluídos foram utilizados os instrumentos STROBE⁽⁵⁾ para os estudos quantitativos e COREQ⁽⁶⁾ para os qualitativos; a atribuição do nível de evidência foi realizada baseado nos seguintes critérios: nível 1- revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; nível 2 - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível- 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - opinião de autoridades ou comitês de especialistas incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.⁷

Foram encontrados 235 artigos, após a pré-seleção, seguiu-se a leitura dos títulos e resumos.

3.2 Método 2 - estudo quantitativo

3.2.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo observacional de coorte retrospectivo de análise de formulários preenchidos durante VD continuada da Unidade de DP de um hospital público no interior do Estado de São Paulo.

3.2.2 Amostra do estudo

Foi composta por 234 formulários preenchidos durante a VD continuada dos pacientes maiores de 18 anos, que estiveram em tratamento na referida unidade, perfazendo um total de 120 pacientes.

3.2.3 Período do estudo

O estudo foi realizado a partir da identificação de formulários de VD preenchidos eletronicamente no Banco de Dados denominado Data Rim, da Unidade de Diálise da instituição. Salienta-se que o protocolo de registro eletrônico dos formulários de VD iniciouse em janeiro de 2015. Dessa maneira, foi considerado o período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018 para a identificação dos formulários e coleta dos dados no referido sistema.

3.2.4 Local do estudo

Unidade de diálise de um hospital público no interior do Estado de São Paulo.

3.2.5 Critérios de inclusão

Os formulários de VD preenchidos na íntegra, de pacientes maiores ou igual a 18 anos e registrados no banco de dados Data Rim.

3.2.6 Critérios de exclusão

Os formulários de VD identificados como fora do período proposto; VD agendada e não realizada e formulários de VD preenchidos incorretamente e com incompletude.

3.2.7 Variáveis do estudo

As variáveis consideradas na presente pesquisa foram baseadas em um estudo⁴³ que sugere a avaliação das condições da realização da DP no domicílio justificada pelo ato de que a partir das VD o profissional da saúde ultrapassa os limites dos questionamentos, ao observar, reconhecer a situação real, e assim pode favorecer a criação de vínculos, respeito e estimular o autocuidado.

Também se consideraram as variáveis quantitativas e qualitativas indicadas no formulário (Anexo A) e que indicaram as observações registradas pela enfermeira visitadora:

- ✓ Doença de base;
- ✓ Sociodemográficas: idade, cor, sexo, estado civil, religiosidade, composição familiar, escolaridade, renda per capita, região, área, distância do centro de diálise;
- ✓ Saneamento básico: tratamento de água e esgoto, energia elétrica, descarte e coleta de lixo domiciliar;
- ✓ Ambiente adequado para procedimento de DP: paredes livres de bolor e umidade, presença de forro, janelas com vidros, torneira alta para lavagem das mãos;
- ✓ *Material de suporte fixo para DPA*: mesa para acomodar cicladora com a altura da cama, mesa ou outro móvel para manipulação dos materiais da diálise;
- ✓ Material de limpeza diário para ambas as técnicas: álcool líquido para superfícies, toalhinhas/panos para limpeza; álcool gel para mãos;
- ✓ Material de suporte fixo para Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC): mesa, suporte para pendurar bolsa, isopor para manter aquecimento da bolsa; material de limpeza diário: álcool líquido para superfícies, toalhinhas/panos para limpeza;
- ✓ Falha na técnica da DPA ou CAPD: considerado falha, a não realização da técnica de acordo com o aprendizado, falha na técnica de lavagem das mãos ou falta do álcool gel, condições da cicladora ou prescrição da terapia alterada, instalação da DP por cuidador não treinado, ausência de materiais de uso diário para higiene pessoal, dos materiais e curativo;

- ✓ Armazenamento do material de diálise: livre de umidade, luz solar e sem contato direto com o chão;
 - ✓ Presença de animais domésticos no ambiente da troca;
 - ✓ Complicações infecciosas: Peritonite e Infecção de OS;
- ✓ *Autocuidado:* aceitação da doença, adesão ao tratamento medicamentoso, retorno as consultas, coleta de exames, comprometimento do cuidador, harmonia/sincronia familiar.
 - ✓ *Dúvidas*: relacionadas a tratamento e alarmes.

3.2.8 Protocolo de VD da unidade de diálise peritoneal

A VD foi realizada aos pacientes em DP periodicamente e os dados foram coletados pela enfermeira visitadora através do preenchimento de formulários próprios (Figura 1). Os dados foram registrados no sistema eletrônico da unidade de diálise para pacientes em TRS, denominado Data Rim. Esse programa é privativo da unidade de diálise, foi criado por um médico que faz parte dessa equipe de nefrologista. Seu conteúdo está particularmente voltado para área da nefrologia.

Figura 1- Sistema Data rim da unidade de diálise da Faculdade de Medicina de Botucatu



Fonte: Sistema Data Rim – Unidade de diálise da Faculdade de Medicina

Durante a VD, a enfermeira visitadora observou e anotou intercorrências e variáveis em forma de check-list relacionado (Anexo A)

3.2.9 Procedimento da coleta de dados

A pesquisadora realizou as buscas dos formulários eletrônicos de VD no sistema Data Rim, de acordo com acesso por login e senha individual. O programa acessado disponibilizou informações da evolução e acompanhamento de cada paciente, como: dados demográficos; clínicos; laboratoriais; avaliação inicial; continuidade no tratamento; transferência de método ou centro de diálise; óbitos; número de VD realizadas (Figura 1).

Para cada formulário identificado foi averiguado se preenchia os critérios de inclusão e os inclusos foram analisados e os dados registrados em planilhas do programa computacional Microsoft Excel.

3.2.10 Desfecho peritonite

O desfecho analisado foi o evento de peritonite, cujo o diagnóstico é obtido por meio da coleta de liquido peritoneal do paciente, com presença de dialisato efluente, turvo, acompanhado de queixa de dor abdominal e/ou febre. A confirmação de peritonite foi pelo registro da presença de hipercelularidade no líquido peritoneal coletado (acima de 100 leucócitos por mm³) ou detecção do microorganismo no exame microbiológico direto ou na cultura do líquido efluente dialisato. Os exames para essa finalidade foram realizados no Laboratório de Análises Clinicas e microbiológicas da instituição.

3.2.11 Procedimentos estatísticos

Os dados coletados e inseridos em planilhas em formato Microsoft Excel foram submetidos à estatística descritiva, o Programa SAS, versão 9.4, realizado por profissional estatítsco da universidade. Os valores obtidos foram disponibilizados em forma de frequências relativa e absoluta para as variáveis qualitativas; média e mediana, desvio padrão, valores de mínimo e de máximo para as variáveis quantitativas. Foi considerado p<0,05 como nível de significância.

A regressão logística considerou como variável de desfecho a peritonite. As variáveis associadas foram: doença de base, sexo, idade, renda per capita, religião, cor, estado civil, escolaridade, composição familiar, município, região, área, distância até a unidade, condições

de higiene da casa e paciente, presença de animal, armazenamento do material de diálise, falha na técnica.

3.2.12 Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (Parecer nº 1.089.495 de 20/03/2018) e seguiu as recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde, segundo Resolução CNS/MS nº 466/12) (Anexo B). Houve dispensa do TCLE por ser um estudo retrospectivo, com coleta de dados secundários.



4 RESULTADOS

4.1 Etapa 1: resultados revisão integrativa

Segundo dados do sistema SUS, em fevereiro de 2015, o número estimado de usuários em tratamento dialítico que estão em "manutenção e acompanhamento domiciliar submetidos à DPA e DPAC" estava próximo a 6.126 usuários no Brasil ¹. Ademais, a realização do programa educacional em DPA e DPAC depende da intervenção de um enfermeiro habilitado para a condução do procedimento que será realizado em domicílio. ^{1,2,3}

A VD é um método de trabalho em enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo, em seu domicílio, uma assistência e orientação sobre sua saúde; os resultados são atingidos por meio de: educação em saúde na supervisão de cuidados prestados pela família, ou por um de seus membros como cuidador; prestação de cuidados de enfermagem; identificação de dados familiares sobre as condições de saneamento da moradia, por meio de entrevistas e observações; orientação sobre a prestação dos cuidados no domicílio, assuntos de higiene geral.³

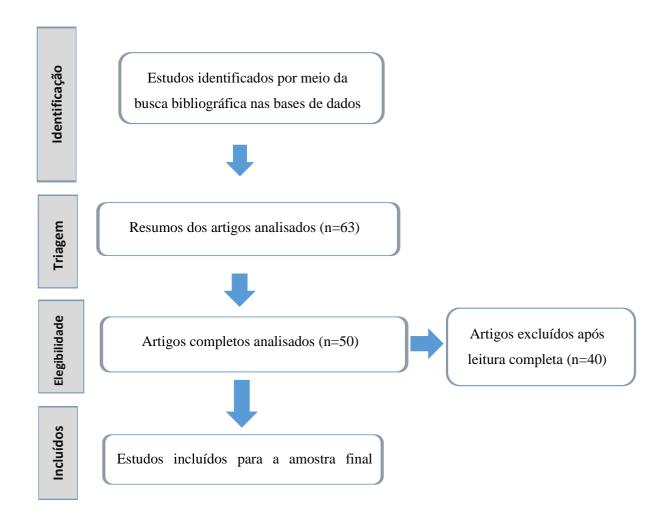
A não adesão ao tratamento, é um dos maiores problemas de saúde pública. A não adesão ao tratamento é percebida indiretamente, durante as consultas, através dos resultados de exames, pelas intercorrências clínicas apresentadas pelo paciente ou mesmo durante as VD.⁴

Durante a VD, o enfermeiro deve estar atento à busca da adequação do ambiente para a realização da DP, mas é necessário que, ao considerar as condições domiciliares, não se perca o objeto da sua atenção: o ser humano que demanda cuidado.

Dessa maneira essa revisão identificou na literatura nacional e internacional a partir de respostas à pergunta norteadora: "Como se descreve a VD realizada pelo enfermeiro à pacientes em DP quanto a adesão ao método dialítico, a prevenção de complicações e a sua eficácia como ferramenta de apoio?".

O fluxograma (Figura 2) demonstra os 10 artigos incluídos de acordo com as etapas da revisão e às respostas à pergunta.

Figura 2 - Fluxograma do processo de seleção do estudo. Botucatu, 2019.



Os artigos incluídos e analisados na íntegra distribuem-se assim: um na base Web of Science, três na Scopus, três na Embase e três na Scielo.

Em relação ao país de origem, observa-se no Quadro 1 uma maior produção do Brasil (30%) ^{7,12,13}, seguida pelo Canadá (20%) ^{11,14}, ficando os demais países com apenas uma publicação cada. Quanto aos tipos de estudo encontrados, verifica-se que a maioria (60%) foram de estudos descritivos. Em relação à autoria, os autores que mais publicaram sobre a área temática são os enfermeiros docentes (70%) e os médicos nefrologistas (30%). Referente ao ano de publicação, (50%) dos artigos foram publicados em 2014, (30%) no ano de 2015 e (20%) em 2017. Quanto às bases de dados, a Scielo, Embase e Scopus apresentaram maior número de artigos (n-3), seguido pela Web of Science Segundo o nível de evidencia, nota-se que mais da metade (60%) apresentaram nível VI, (30%) apresentou nível VII e (10%) nível V.

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa com a estratégia de busca - Botucatu, (2014 -2019)

Ano/País	Título	Autoria	Tipo de estudo	Base de dados	Periódico	Nível de Evidencia	STROBE	COREQ
2014 Canadá	Evaluating the benefitsof home-based Peritoneal dialysis	François K, Bargman JM ⁽¹⁰⁾	Revisão narrativa	Scopus	International Journal of Nephrologyand Renovascular Disease	VII	-	-
2014 Chile	Perfil biosociodemografico y valoracion de necesidades en pacientes em dialisis peritoneal	Varela JU, Vidal MR, Pedreros MC ⁽¹¹⁾	Quantitativa, descritiva, de corte transversal	Scielo	Ciencia y enfermería	VI	20	-
2014 Colômbia	Safety automated peritoneal dialysis - DPA in children by primary caregivers home	Montilla L et al ⁽¹²⁾	Transversal	Scielo	Enfermería Global	VI	19	-
2014 Itália	Home Visit Program Improves Technique Survival in Peritoneal Dialysis	Martino, F et al ⁽¹³⁾	Retrospectivo de caso-controle	Scopus	BloodPurif	VI	21	-
2014 Brasil	Nursing practice in home care: na integrative literature review	Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP(15)	Revisão integrativa	Embase	RevBrasEnferm	VII	-	-
2015 Brasil	As práticas assistências de enfermagem na diálise peritoneal: uma revisão	Araújo FEA· Neto VLS, Mendonça AEOM, Lins TLCE, Granjeiro, FML ⁽¹⁵⁾	Revisão integrativa	Scopus	RevEnferm UFPI	VII	-	-
2015 México	Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal Del paciente o su familiar.	Meza WJMG et al(16)	Descritivo transversal	Scielo	EnfermNefrol	VI	21	-

Quadro 1 - Artigos incluídos na revisão integrativa com a estratégia de busca - Botucatu, (2014 -2019)

Ano/País	Título	Autoria	Tipo de estudo	Base de dados	Periódico	Nível de Evidencia	STROBE	COREQ
2015 Reino Unido	Lack of motivation: A new Modifiable risk factor for peritonitis in patientes under do ing peritoneal dialysis.	KlaraPaudel, GirishNamagondlu, KPG et al ⁽¹⁷⁾	Descritivo	Embase	Journal of Renal Care	VI	21	-
2017 Brasil	The home visit in peritoneal dialysis: relevant aspects to nursing care.	Cunha, LP et al ⁽³⁾	Qualitativa, exploratório- descritiva	Web of Science	J. res. fundam. care.	VI	-	30
2017 Canadá	Evaluation of real-time use of electronic patient-reported outcome data by nurses with patients in home dialysis clinics.	Makaroff Kara Schick and Anita E. Molzahn ⁽¹⁸⁾ .	Estudo simultâneo, longitudinal e de métodos mistos	Embase	Health Services Research	V	22	-

O Quadro 1 resume a caracterização e as evidências analisadas nos artigos inclusos: título do artigo; identificação dos autores e ano da publicação; objetivo do estudo; resultados e conclusões/recomendações.

Autores concluem que o programa de VD é uma grande ferramenta para otimização do cuidado, melhorando a sobrevida do paciente com a redução da peritonite e hospitalização. ^{8,10}

Um estudo sobre dialise peritoneal domiciliar relata que essa modalidade é efetiva na sobrevida dos pacientes, com menor custo em relação à hemodiálise. As vantagens são o empoderamento e autonomia do paciente na realização dos próprios cuidados. ¹⁰

Os autores referem sobre a importância de ações educacionais pelo enfermeiro na assistência ao paciente dialítico para a minimização riscos. Existe também a necessidade de formação específica profissional e preparo para a AD. 14,15

Um estudo mostra déficits de conhecimento no procedimento de dialise peritoneal, tanto do paciente quanto do familiar, devido a isso é importante a execução de avaliações periódicas no domicílio, afim de evitar complicações ao paciente. ¹⁶

Pacientes deprimidos e desmotivados foram significativamente mais propensos a desenvolver peritonite em comparação com pacientes deprimidos motivados, assim a falta de motivação pode predispor peritonite se associada à depressão. Porém, mais estudos devem ser realizados com foco nesse aspecto psicossocial. ¹²

Um estudo mostra que as crianças são vulneráveis a múltiplos fatores de risco, havendo a necessidade de estratégias de avaliação. A equipe interdisciplinar e a de enfermagem em especial, abordaram diretrizes de cuidados para o DPA, minimizando riscos e complicações, e aumentando a segurança do paciente. 12

Quadro 2 - Síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivos temas a que pertencem. Botucatu, Brasil, 2019.

Título	Objetivo (s)	Resultados	Conclusões
Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis.	Discutir os benefícios da DP crônica, realizada pelo paciente ou por um cuidador em casa	O provedor de diálise, de fato, equilibrará os incentivos de reembolso para a diálise domiciliar contra o alto custo de investimento inicial para cada unidade de hemodiálise, em que o custo per capita aumenta quando as estações de diálise permanecem sem uso. Portanto, um sistema de saúde só terá benefício econômico sustentado pelo aumento do uso da DP se as estratégias de reembolso iguais para diferentes modalidades de diálise forem apoiadas pelo reconhecimento médico dos benefícios clínicos e psicossociais da DP e pelo treinamento apropriado de profissionais de saúde para pacientes com conhecimento e liberdade. para realizar diálise em casa.	A maioria dos pacientes com insuficiência renal pode ser tratada com diálise peritoneal, uma modalidade de diálise efetiva com sobrevida global similar a um custo menor em comparação à hemodiálise. Uma vantagem adicional da diálise peritoneal em casa é o seu empoderamento intrínseco do paciente. Todo paciente se preparando para reposição renalterapia deve receber educação sobre todas as opções de diálise.
Perfil biosociodemografico y valoracion de necesidades en pacientes em dialisis peritoneal	Conhecer as características biossociodemográficas e a satisfação das necessidades dos pacientes em tratamento com diálise peritoneal do Hospital Las Higueras em Talcahuano, Chile.	O grupo foi composto igualmente por homens e mulheres, idade média de 48 anos, mais da metade vive sem companheiro e é chefe de família, a maioria tem filhos, moram com 4 ou mais pessoas (57,5%). A maioria completou o ensino médio, 22,5% estão trabalhando e recebem remuneração. Quase todos têm saneamento básico e vivem no area urbana. As principais necessidades não satisfeitas correspondem a "eliminar bem" e "evitar o perigo", as demais estão satisfeitas entre 57,5% e 92,5%; Dentro deste intervalo, as necessidades mais afetadas eram manter a temperatura corporal e recriar.	Os resultados sugerem a implementação e reforço de planos educacionais mais rigorosos aos já existentes em nosso centro de saúde, tendendo a evitar danos físicos e psicológicos, além de manter uma boa eliminação corporal, através do feedback em cada controle ou VD feita ao usuário. ao nosso cuidado.

Quadro 2 - Síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivos temas a que pertencem. Botucatu, Brasil, 2019.

(Continuação)

Título	Objetivo (s)	Resultados	Conclusões
Safety automated peritoneal dialysis- DPA in children by primary caregivers home.	Avaliar a segurança das crianças da DPA em casa, através de treinamento para cuidadores primários de enfermagem.	Foram avaliadas 12 crianças entre 5-18 anos, 60% com 10-15 anos, em condições ambientais, 83% residiam em domicílios concluídos, 17% em construção, 50% pertenciam ao nível socioeconômico. Em relação ao nível educacional da cuidador, 58% possuem o ensino fundamental, 58,3% cuidador para mãe, pai 8,3% e 25% o mesmo paciente.	Crianças com DPA são vulneráveis a múltiplos fatores de risco, sendo necessárias estratégias para avaliação. A equipe interdisciplinar e, especialmente, abordou as diretrizes de cuidados de enfermagem para o DPA, tornando-se uma maneira eficaz de minimizar riscos e complicações que desencadeiam o desenvolvimento de habilidades para orientar a segurança do DPA em casa.
Home Visit Program Improves Technique Survival in Peritoneal Dialysis.	Examinar o efeito de um programa regular de VD sobre os resultados clínicos como sobrevida da técnica, peritonite e taxas de hospitalização durante 1 ano de seguimento.	O grupo caso foi significativamente mais velho (p = 0,048), com menor grau de autonomia (p = 0,033) que o grupo controle. Durante o período de observação, tivemos 11 episódios de falha técnica. Encontramos uma redução significativa na taxa de falha da técnica no grupo caso (p = 0,004). A análise de sobrevida mostrou uma extensão significativa do tratamento da DP nos pacientes apoiados pelo programa de VD (52 vs. 48,8 semanas, p = 0,018). Não encontramos diferença entre os dois grupos em termos de peritonite e hospitalização, entretanto, as tendências em direção a uma redução de taxas de peritonite, bem como a prevalência e duração dos relacionados com problemas de DP foram identificados no grupo caso.	O programa de VD melhora a sobrevida dos pacientes com DP e poderia reduzir a taxa de peritonite Gram-positiva e hospitalização.
Nursing practice in home care: na integrative literature review	Analisar a produção científica acerca da atuação do enfermeiro na AD em saúde.	Identificou-se que a atuação do enfermeiro na AD possui complexidade e diversidade de ações com uso de tecnologias leves, leve- duras especialmente, e duras. Os desafios relacionados ao processo formativo para a AD estão relatados na literatura. O enfermeiro utiliza conhecimento experiencial e recomendações científicas aliados à reflexão na prática.	A atuação do enfermeiro no espaço domiciliar é fundamental e ampla. As ações relacionais e educacionais se destacam, sendo necessárias inclusive nos cuidados técnicos, predominando a necessidade de formação para a AD.

Quadro 2 - Síntese dos resultados de acordo com os estudos e respectivos temas a que pertencem. Botucatu, Brasil, 2019.

Título	Objetivo (s)	Resultados	Conclusões
As práticas assistências de enfermagem na DP: uma revisão	Identificar na literatura as práticas assistenciais de enfermagem ao paciente em procedimento de DP.	No processo de DP, os cuidados podem ser categorizados da seguinte forma: pré, intra e pósprocedimento, tudo isso conforme a necessidades humanas básica do paciente. No âmbito domiciliar o enfermeiro deve avaliar o ambiente da casa e sugere as modificações necessárias.	Assim, conclui-se que o enfermeiro exerce um papel indispensável na assistência ao paciente em tratamento dialítico, com o intuito de minimizar riscos e melhorar a vida dos pacientes.
Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal Del paciente o su familiar.	Determinar o nível de conhecimentos teóricos e fixação para o procedimento de diálise do paciente ou a família.	O Grupo Paciente obteve uma taxa mais elevada (75,35%) do que o Grupo Familiar (71,45%). Na técnica em geral houve aderência de 80,3% dos passos, obtendo o GF maior índice do GF (81,92%) do que GP (78,63%).	Os pacientes e famílias mostram um déficit em ambas as áreas, devendo ser avaliadas periodicamente para detectar falhas na técnica e conhecimento, que predispõem o paciente a uma complicação evitável.
Lack of motivation: A new Modifiablerisk factor for peritonitis in patientes underdoing peritoneal dialysis	Determinar se o padrão de moradia, a técnica de troca de DP ou a motivação do paciente podem ser riscos modificáveis para a peritonite.	A higiene domiciliar, a técnica de troca e a motivação estavam acima da média em 53%, 56% e 60%, respectivamente. Pacientes deprimidos desmotivados foram significativamente mais propensos a desenvolver peritonite em comparação com pacientes deprimidos motivados.	Falta de motivação previu peritonite particularmente se associada à depressão. Mais estudos são necessários com foco em esquemas específicos de pontuação de motivação e apoio psicossocial que pode levar a melhores resultados.
The home visit in peritoneal dialysis: relevant aspects to nursing care	Descrever a VD em DP a partir do olhar dos usuários que ingressam em diálise peritoneal ambulatorial e discutir o significado da VD para tais sujeitos.	Percebe-se a VD como uma dimensão subjetiva dos usuários que realizam DP e de seus familiares.	A VD é um momento rico de interação enfermeiro e usuário e uma grande ferramenta para a otimização do cuidado com o indivíduo em seu domicílio.
Evaluation of real-time use ofelectronic patient-reported outcome data by nurses with patients in home dialysis clinics.	Avaliar as perspectivas dos enfermeiros sobre a utilidade e o impacto da administração do ePRO em clínicas de diálise domiciliar e avaliar a percepção do paciente sobre a satisfação com o cuidado de enfermagem após o uso de ePROS	Os cinco temas que emergiram das entrevistas com os enfermeiros incluem: melhorar o foco dos enfermeiros, direcionar o acompanhamento interdisciplinar, oferecer apoio aos pacientes durante o processo, interpretar os resultados da exibição visual e integrar-se ao fluxo de trabalho. As pontuações no Questionário do Cliente sugeriram que os pacientes acreditavam que recebiam atendimento excelente (97%) e que os enfermeiros entendiam perfeitamente suas necessidades (90,9%).	Os enfermeiros relataram que o compartilhamento de dados do e PRO em tempo real informava sua prática. Embora não tenha havido alteração estatisticamente significativa nos índices de satisfação do paciente ao longo do tempo, alguns pacientes relataram mudanças e benefícios com o uso de e PROs. Mais pesquisas são necessárias para fornecer orientação sobre como os dados do e PRO podem melhorar os cuidados centrados na pessoa.

A DP é uma terapia domiciliar e a sobrevida da técnica está relacionada à adesão, entendimento e aceitação do paciente ao tratamento e a prescrição da DP no domicílio. A presença de um programa de VD melhora a aderência e os resultados da diálise.¹²

Estudos relatam que a educação em saúde realizada por enfermeiros contrubui para o melhor conhecimento dos pacientes, familiares e cuidadores em diversas situações de cuidado domiciliar. ¹¹

A síntese dos conhecimentos identificados é imprescindível para que a VD realizada pelo enfermeiro corrobore para assistência holística do paciente e família, de forma a assegurar que recebam e mantenham o tratamento proposto.

Os estudos confirmam que cada vez mais os acadêmicos têm contribuído para o avanço da produção científica e que se faz necessário que os enfermeiros nefrologistas e estudantes de enfermagem contribuam para o aumento e avanço da produção científica na temática estudada.

Nesse sentido, a enfermagem precisa percorrer um caminho para focalizar seus problemas específicos, utilizando referenciais teóricos, de forma a possibilitar uma estrutura de conhecimentos que fundamente sua prática. Assim, conhecimentos sobre a práxis poderão fornecer respostas às indagações e possibilitarão transformações entre a pesquisa e a assistência.

Atualmente, a maioria dos estudos sobre programas de VD têm relatado principalmente as taxas de peritonite, mas nenhum estudo avaliou o impacto de um programa de VD na técnica de DP, no efeito da adesão e os insucessos.¹²

São poucos os estudos que analisam a prática da VD no progresso da DP domiciliar e que evidenciem que ela possa contribuir para a capacitação do paciente ou do cuidador no atendimento das necessidades terapêuticas. Recomenda-se a realização de relatos e de estudos primários sobre a temática, a fim de aprofundar e identificar melhores evidências dessa prática.

Os estudos mostraram que a educação em saúde do paciente, familiares e cuidadores em DP domiciliar é essencial para a prevenção da peritonite. Para que isso ocorra de maneira efetiva, é necessário que o profissional de saúde, em especial o de enfermeiro, esteja capacitado para estes cuidados.

O enfermeiro presta assistência de forma holística ao paciente e familiares e, assegura a manutenção do tratamento proposto. Intervir preventivamente por meio da educação continuada é fato imprescindível para o tratamento em domicílio.

A presente revisão integrativa identificou estudos descritivos, quantitativos, qualitativos e de revisões de literatura, com níveis de evidencia V, VI e VII.

Ressalta-se a importância do desenvolvimento de estudos com níveis de evidência I, II e II sobre a VD realizada pelo enfermeiro como ferramenta de suporte que forneça entendimento e adesão dos pacientes ao tratamento e prescrição em DP domiciliar.

4.2 Etapa 2: resultados do estudo quantitativo

4.2.1 Análise das frequências absolutas e relativas das caracterísitcas sociodemográficas

Foram avaliados 234 formulários de VD de 120 pacientes no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018, sendo que um mesmo paciente recebeu a VD por mais de uma vez.

Constatou-se que 48 (40%) dos pacientes apresentaram como diagnóstico inicial Diabetes Mellitus; 65 (54,1%) do sexo masculino; predominância da cor branca, em 107 pacientes (89,17%); média de idade de 61,1 anos (DP 18-93); 68 indivíduos (56,67%) realizaram parcialmente o autocuidado direcionados aos hábitos de higiene pessoal, afazeres domésticos e profissão, mas a montagem da cicladora era realizada por familiar em 52 casos (43.3%); 77 indivíduos (64,17%) eram praticantes da religião católica; residiam com companheiro(a) 84 (70%). Em relação a escolaridade 64 (53,34%) não completaram o ensino fundamental; a renda per capta era de R\$ 1022,54 reais (DP 167 - 4.470).

A composição familiar foi de, no mínimo, 3 pessoas na residência de 75 pacientes (62,60%); 107 indivíduos (89,16%) residiam na área urbana; a maioria desses pacientes 77(64,17%) pertenciam a região de Botucatu; com distância mínima de 60 km (70 pacientes - 58.34%) e máxima de 180 km (16 pacientes - 13,33%). (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas - Botucatu, SP - Brasil, 2018

Variáveis	N (120)	%
DOENÇA DE BASE		
Diabetes Mellitus	48	(40,00)
Glomerulonefrite	22	(18,33)
Hipertensão Arterial	19	(15,83)
Outras	31	(25,83)

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas - Botucatu, SP - Brasil, 2018

(Continuação)

Variáveis	N (120)	%
SEXO		
Masculino	65	(54,17)
Feminino	55	(45,83)
IDADE	61,14	(18-93)*
COR		
Branco	107	(89,17)
Não Branco	13	(10,83)
COM COMPANHEIRO		
Sim	84	(70,00)
Não	36	(30,00)
RENDA PER CAPTA	R\$1022,5	(167- 4470)**
RELIGIÃO		
Católico	77	(64,17)
Não católico	43	(35,83)
ESCOLARIDADE DO PACIENTE		
Analfabeto	11	(9,17)
Ensino Fundamental	23	(19,17)
Ensino Fundamental Incompleto	53	(44,17)
Ensino Médio	20	(16,67)
Superior Completo	13	(10,83)
ESCOLARIDADE DO CUIDADOR		
Ensino Fundamental	10	(8,34)
Ensino Fundamental Incompleto	25	(20,83)
Ensino Médio	10	(8,33)
Ensino Superior	8	(6,67)
REALIZA O AUTOCUIDADO PARCIAL	67	(55,83)
N° DE MORADORES		
Até 3 pessoas	75	(62,60)
Mais que 3 pessoas	45	(37,40)
MUNICÍPIO		
Botucatu	43	(35,83)
Região	77	(64,17)

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes segundo características sociodemográficas - Botucatu, SP - Brasil, 2018

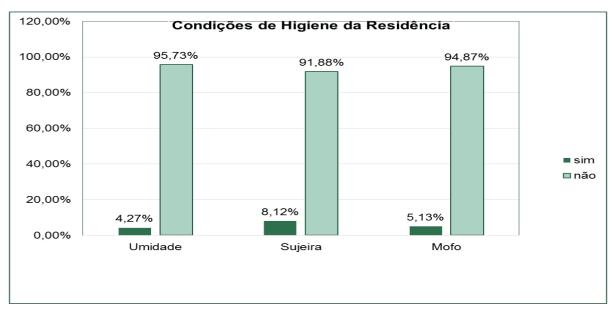
Variáveis	N (120)	%
ÁREA		
Urbana	107	(89,16)
Rural	13	(10,84)
DISTÂNCIA DA UNIDADE		
0-60 Km	70	(58,34)
60-120 Km	34	(28,33)
120-180 Km	16	(13,33)

^{*}Média (Mínima-Máxima) **(Mínima-Máxima)

Em relação às condições encontradas nas casas, o Gráfico 1 demonstra a avaliação dos 234 formulários de visitas no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2018 e os dados quanto ao ambiente domiciliar dos pacientes.

Foi identificado presença de umidade nas paredes do quarto em 10 (4,27%) formulários avaliados; 12 (5,1%) com mofo; e presença de sujeira no quarto em 19 (8,12%) das casas visitadas, sendo que os demais mantinham condições adequadas de acordo com as orientações fornecidas durante o treinamento realizado na própria instituição.

Gráfico 1 - Condições de higiene da residência - Botucatu, SP, Brasil - 2018



Em relação ao local de troca, ou seja, o quarto para realização da diálise era compartilhado com até 2 pessoas em 150 casos (64,10%), apresentado como membro da família.

A higiene do local de troca se manteve em 219 das visitas (93,59%), considerada boa, sendo projetado nesse cômodo pelos moradores, grande motivo de preocupação contra possíveis infecções.

No que se refere ao autocuidado, mesmo diante das possíveis debilidades fisica e psicológica que a DRC tráz ao individuo, não foram identificadas alterações em 216 (92,3%) VD nas respectivas atividades diárias, afazeres domésticos e profissionais a higiene pessoal do paciente, conforme demonstrada na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização do local de troca, higiene do ambiente e higiene do paciente - Botucatu, SP - Brasil – 2018

Variáveis	N (234)	%
LOCAL DE TROCA		
Quarto individual	84	(35,90)
Quarto compartilhado	150	(64,10)
HIGIENE DO AMBIENTE DE TROCA		
Boa	219	(93,59)
Ruim	15	(6,41)
HIGIENE DO PACIENTE		
Воа	216	(92,31)
Ruim	18	(7,69)

Em relação a presença de animais, verificou-se que em 149 formulários (63,68%) de VD houve registro de algum tipo de espécie animal, com predominância de cães em 118(50,4%) delas.

O Gráfico 2 demonstra as frequências absoluta e relativa da presença de animais no domícilio.

Presença de Animal na Residência

120,00%

100,00%

80,00%

50,43% 49.57%

40,00%

20,00%

0,00%

CÃO

Gráfico 2 - Presença de animais nas residências de pacientes em DP domiciliar - Botucatu, SP - Brasil, 2018

Observou-se que nos 154 formulários de visitas (65,81%) continham a informação de excesso dos materiais correspondentes à diálise. O descarte dos materiais estava em 227 casos (97,01%) correto, seguindo as orientações fornecidas durante treinamento.

■SIM ■NÃO

4,70%

PASSARO

2,14%

OUTROS

As caixas dos materiais recebidos mensalmente para realização da DP estavam acondicionadas e organizadas em paletes, armários ou prateleiras em 220 dos casos (94,01%), de acordo com dados registrados mantidas em local protegido de chuva em 232 casos (99,14%) e 230 (98,29%) protegidas do sol (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos materiais de diálise - Botucatu, SP - Brasil - 2018

6.41%

GATO

Variáveis	N (234)	%
EXCESSO DE MATERIAL		
Sim	154	(65,81)
Não	80	(34,19)
DESCARTE CORRETO		
Sim	227	(97,01)
Não	7	(2,99)

Tabela 3 - Caracterização dos materiais de diálise - Botucatu, SP - Brasil - 2018

Variáveis	N (234)	%
EXPOSIÇÃO NO CHÃO		
Sim	14	(5,98)
Não	220	(94,01)
EXPOSIÇÃO NA CHUVA		
Sim	2	(0,85)
Não	232	(99,14)
EXPOSIÇÃO AO SOL		
Sim	4	(1,71)
Não	230	(98,29)

Na Tabela 4 observa-se nos formulários que a instalação da diálise em 180 dos casos (76,92%) era realizada pelo cuidador.

Em relação a programação da cicladora (máquina de diálise) se manteve correta em 233 dos casos (99,57%), a condição da cicladora quanto à limpeza foi considerada boa em 224 registros (95,30%) dos formulários de visitas avaliados.

Houve registro nos formulários de presença de algum tipo falha em 75 VD (32,05%), onde 48 (20,51%) dessas falhas se referem à execução da técnica e 33 (14,10%) formulários continham registros da falta hábito de anotar as drenagens para controle.

Tabela 4 - Caracterização dos procedimentos em DP - Botucatu, SP, Brasil - 2018

Variáveis	N (234)	%
INSTALAÇÃO DA TERAPIA - DP		
Cuidador	180	(76,92)
Paciente	54	(23,08)
PROGRAMAÇÃO CORRETA DA CICLADORA		
Sim	233	(99,57)
Não	1	(0,43)
CONDIÇÕES DA CICLADORA		
Limpa e Correta	226	(96,58)
Suja e Incorreta	8	(3,42)

Tabela 4 - Caracterização dos procedimentos em DP - Botucatu, SP, Brasil - 2018

Variáveis	N (234)	%
PRESENÇA DE FALHAS		
Não	159	(67,95)
Sim	75	(32,05)
FALHAS		
Nenhuma	159	(67,95)
Técnica	48	(20,51)
Prescrição	26	(11,97)
Cuidador	1	(0,43)
ANOTAÇÕES DAS DRENAGENS		
Sim	201	(85,90)
Não	33	(14,10)
CAPD*(troca manual)	2	(0,85)

^{*}Diálise Peritoneal ambulatorial contínua

Na Tabela 5, observa-se que nos formulários foram citadas presença de dúvidas em 44 (18,8 %) casos e essas relacionaram-se ao alarme sonoro e visual da máquina em 18(7,6%) deles.

Tabela 5 - Caracterização das dúvidas dos pacientes e cuidadores em DP - Botucatu, SP-Brasil, 2018.

Variáveis	N (234)	%
DÚVIDAS PRESENTES		
Não	190	(81,20)
Sim	44	(18,80)
DÚVIDAS RELACIONADAS TRATAMENTO		
Nenhuma	190	(81,20)
Alarmes Sonoro e Visual da cicladora	18	(7,69)
Diversificadas	11	(4,70)

Tabela 5 - Caracterização das dúvidas dos pacientes e cuidadores em DP - Botucatu, SP-Brasil, 2018.

Variáveis	N (234)	%
Terapia DP	5	(2,14)
Medicação	4	(1,71)
Dieta	3	(1,28)
Materiais	1	(0,43)
Curativo	1	(0,43)
Técnica	1	(0,43)

Foram avaliados 120 pacientes, porém na Tabela 6 a amostra é composta de 122 pacientes, pois em algum momento do tratamento o mesmo paciente apresentou mais que um episódio de peritonite. Destes indivíduos avaliados, 48 pacientes (39,3%) apresentaram pelo menos um episódio de peritonite ao longo do seguimento.

Tabela 6 - Presença de peritonite em algum momento do tratamento. Botucatu, SP- Brasil - 2018

Variáveis	N (120) = (122)	%
PERITONITE		
Não	74	(60,66)
Sim	48**	(39,34)

^{**}O espisódio peritonite se repetiu mais que uma vez no mesmo paciente.

A Tabela 7 relaciona presença de peritonite com os possíveis desfechos: permanência no método, realização de transplante, óbito, transferência para hemodiálise e recuperação da função renal.

Foram avaliados 120 pacientes, porém na Tabela 7 a amostra é composta de 122 pacientes, pois em algum momento do tratamento o mesmo paciente apresentou mais que um episódio de peritonite. Destes indivíduos avaliados, 48 pacientes (39,3%) apresentaram pelo menos um episódio de peritonite ao longo do seguimento. Após o tratamento da peritonite, 13 pacientes (10,66%) permaneceram no método DP.

O transplante foi realizado em 3 pacientes (2,46%). Óbito ocorreu em 11 pacientes (9,02%); a transferência de método para HD ocorreu em 19 pacientes (15,57%) e a recuperação da função renal em 2 (1,64%) pacientes.

Tabela 7 - Frequências absoluta e relativa da peritonite e desfechos do tratamento - Botucatu, SP – Brasil, 2018

PERITONITE						
	Não	(N 74)	Sim	(N 48)	Total	(N 122)
Desfecho	N	%	N	%	N	%
Permanência	41	55,41	13	17,57	54	(44,26)
Transplante Renal	10	13,51	3	4,054	13	(10,66)
Óbito	9	12,16	11	14,86	20	(16,39)
Hemodiálise	9	12,16	19	25,68	28	(22,95)
Recuperou Função	5	6,757	2	2,703	7	(5,74)

Na Tabela 8, avaliou-se a predominância dos agentes infecciosos confirmados através da cultura do liquido peritoneal de acordo com o protocolo do serviço. Houve uma predominância dos bacilos gram negativo, sendo em 19 casos (15,57%), seguidos de cultura negativa de 11 (9,02%).

Tabela 8 - Agentes causadores da peritonite - Botucatu, SP, Brasil - 2018

Variáveis	N (122)	%
AGENTES		
S. epidermidis Oxa S	7	(5,74)
S. aureus Oxa R	5	(4,10)
S. aureus Oxa S	2	(1,64)
Gram negativo	19	(15,57)
Gram positivo	2	(1,64)
Fungo	2	(1,64)
Cultura negativa	11	(9,02)
Não apresentaram	74	(62,30)

Observa-se que a permanência no método foi maior no sexo feminino sendo 30 pacientes (50%). As frequências foram maiores para o gênero masculino nos desfechos: transferência para hemodiálise de 16 pacientes (25,81%); óbitos em 9 pacientes (17,74%); transplante renal em 7 pacientes (11,29%) e 4 pacientes (6,45%) com recuperação da função renal (Tabela 9).

Tabela 9 - Frequências absolutas e relativas dos desfechos relacionados ao sexo e tipo de tratamento - Botucatu, SP- Brasil, 2018

SEXO							
		F		M		otal	
DESFECHO	N	%	N	%	N	%	
Permanência	30	(50,00)	24	40	54	45,00	
Hemodiálise	12	(20,00)	14	23,33	26	21,67	
Óbito	9	(15,00)	11	18,33	20	16,67	
Transplante Renal	6	(10,00)	7	11,66	13	10,83	
Recuperou Função	3	(5,00)	4	6,66	7	5,83	
Total geral	60	(100,00)	60	(100,00)	120	(100,00)	

A regressão logística é um recurso que permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explanatórias.

Podemos observar que as variáveis, renda per capita e religião foram preditoras independentes do desfecho em questão mostrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Análise univariada por regressão logística das variáveis sociodemograficas com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil, 2018

Variáveis	Estimativa	OR	IC	Р
DOENÇA DE BASE				
Diabetes Mellitus	0,2457	1,503	0,685-3,300	0,3118
Glomerulonefrite	-0,3546	0,825	0,259 - 2.623	0,3643
Hipertensão	0,2710	1,542	0,547- 4,196	0,4118
SEXO				
Masculino				
Feminino	-0,1763	0,703	0,379 - 1,305	0, 2638

Tabela 10 - Análise univariada por regressão logística das variáveis sociodemograficas com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil, 2018

(Continuação)

Variáveis	Estimativa	OR	IC	Р
IDADE	0.00948	1.010	0.989 - 1.031	0,3747
RENDA	1	0.999	0.998 - 1000	0.0021
RELIGIÃO	-03548	0.492	0.263 - 0.919	0,0261
COR				
Branco	-0,1190	0,788	0,325 - 1,197	0,5991
Não branco				
COM COMPANHEIRO				
Sim	-0,1491	0,742	0,387-1,423	0,3693
Não				
ESCOLARIDADE PACIENTE				
Ensino Fundamental	0,0304	1,0	0,309 - 3,240	0,9380
Ensino Fund. Incompleto	0,1924	1,176	0,457 - 30,23	0,4838
Ensino Médio	0,3124	1,326	0,452 - 3,893	0,3621
Superior Completo	-0,5656	0,551	0,101 - 3,013	0,36633
Analfabeto				
ESCOLARIDADE CUIDADOR				
Ensino Fundamental	0,3323	0,854	0,259 - 2,816	0,5057
Ensino Fund.Incompleto	0,2980	0,825	0,375 - 1,814	0,3974
Ensino Médio	-0,4349	0,396	0,129 - 1,221	0,3588
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	0,1046	1,110	0,819 - 1,505	0,5006
MUNICÍPIO				
Botucatu	0,0245	1,050	0,549 - 2,009	0,8825
Região				
ARÉA				
Urbana	-0,1156	0,794	0,316 - 1,995	0,6231
Rural				
				u .

Tabela 10 - Análise univariada por regressão logística das variáveis sociodemograficas com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil, 2018

Variáveis	Estimativa	OR	IC	Р
DISTÂNCIA ATÉ UNIDADE				
0-30 Km	-01183		0.293 - 4.400	0,6815
30-60 Km	-000391	1.273	0.277-5.845	0,9924
60-90 Km	-03057	0.941	0.229-3.866	0,3588
90-120 Km				
120- 150 Km	0.0426	1.333	0.278-6.387	0.9222
150 - 180Km	0.6304	2.400	0.355- 16.213	0.3176

Observa-se na Tabela 11 que as variáveis, presença de falhas no tratamento P< **0,0346** e falha na técnica P< **0,0098** foram preditoras independentes do desfecho em questão.

Tabela 11 - Análise univariada por regressão logística das variáveis relacionadas ao domicílio com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil - 2018

Variáveis	Estimativa	OR	IC	p*			
PAREDES ÚMIDAS							
Não							
Sim	-0,4469	0,409	0,111-1,508	0,1794			
PAREDES SUJAS							
Não							
Sim	-0,2640	0,590	0,212 -1,637	0,3106			
PAREDES COM MOFO							
Não							
Sim	0,1868	1,453	0,308 - 6,847	0,6367			
HIGIENE LOCAL DA DIÁLISI	HIGIENE LOCAL DA DIÁLISE						
Boa							
Ruim	0,1295	1,296	0,395 - 4,251	0,6693			

Tabela 11 - Análise univariada por regressão logística das variáveis relacionadas ao domicílio com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil - 2018

(Continuação)

Variáveis	Estimativa	OR	IC	p*
HIGIENE DO PACIENTE				
Boa				
Ruim	0	1,000	0,315 - 3,179	1,000
PRESENÇA DE ANIMAIS				
Cão	-0,1101	0,802	0,433-1,489	0,4851
Gato	-0,3270	0,520	0,114-2,382	0,3997
Pássaro	-0,5433	0,337	0,042-2,698	0,3057
Outros	-0,0682	0,873	0,095-7,980	0,9039
ACESSO DO ANIMAL LOCA	L DE TROCA			
Sim	-0,4261	0,426	0,052-3,490	0,4269
Não				
EXPOSIÇÃO MATERIAL AO	SOL			
Sim	0,6405	3,600	0,4965-26,201	0,2059
Não				
EXPOSIÇÃO MATERIAL A C	CHUVA			
Sim	0,6333	3,549	0,218-57,734	0,3734
Não				
EXPOSIÇÃO MATERIAL A UMIDADE				
Sim	0,0785	1,170	0,119-11,489	0,8929
Não				
EXPOSIÇÃO MATERIAL CHÃO				
Sim	-0,0244	0,952	0,256-3,548	0,9420
Não				

Tabela 11 - Análise univariada por regressão logística das variáveis relacionadas ao domicílio com o desfecho peritonite - Botucatu, SP - Brasil - 2018

(Conclusão)

Estimativa	OR	IC	p*	
			ľ	
MÁQUINA SUJA				
0,2928	1,796	0,433-7,442	0,4195	
PRESENÇA DE ALGUM TIPO DE FALHA NO TRATAMENTO				
0,3422	1,983	1,051-3,741	0,0346	
FALHA NA TÉCNICA				
0,8743	5,747	1,526-21,647	0,0098	
PRESENÇA DE DÚVIDAS				
0,3523	2,023	0,804-5,091	0,1345	
	0,3422 0,8743	0,3422 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983 1,983	O DE FALHA NO TRATAMENTO 0,3422	

^{*}p<0,005

Observou-se através da regressão logística múltipla que as variáveis, renda per capita **p< 0,0069** e falhas na técnica da realização do procedimento de DP **p<0,0302** foram preditoras do desfecho peritonite (Tabela 12).

Tabela 12 - Regressão logística múltipla das variáveis, religião, renda e falha na técnica com o desfecho peritonite - Botucatu, SP, Brasil - 2018

Variáveis	Estimativa	OR	IC	p*
Religião	-0,2426	0,616	0.317 – 1.195	0,1516
Renda Per Capta	1	0,999	0,998-1.000	0,0069
Falha na Técnica	0.3645	2.073	1,072-4.009	0,0302

^{*}p<0,005

Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 Revisão integrativa

Através da revisão integrativa da literatura foi possível retratar o estado da arte da produção científica em bases nacionais e internacionais sobre o tema investigado.

A diálise peritoneal é uma terapia domiciliar e a sobrevida do paciente está relacionada à adesão, entendimento e aceitação do paciente ao tratamento e a indicação da diálise peritoneal no domicílio. A presença de um programa de VD pode melhorar a aderência ao tratamento e os seus resultados.³

Os artigos incluídos e analisados foram encontrados na base Web of Science, Scopus, Embase e Scielo. O país que mais produziu sobre o tema investigado foi o Brasil ^{7,12,13}, seguida pelo Canadá ^{11,14}. O ano que houve maior publicação foi em 2014, seguido de 2015 e 2017. A maioria dos estudos eram descritivos. Os autores que mais publicam sobre a área temática são os enfermeiros docentes e os médicos nefrologistas. Segundo o nível de evidencia, nota-se que mais da metade (60%) apresentaram nível VI, 30% apresentaram nível VII e 10% nível V.

Os acahados dos estudos mostram que a educação em saúde realizada por enfermeiros contrubui para o melhor conhecimento dos pacientes, familiares e cuidadores em diversas situações de cuidado domiciliar. ^{14,15}

Nesse sentido, a enfermagem precisa percorrer um caminho para focalizar seus problemas específicos, utilizando referenciais teóricos, de forma a possibilitar uma estrutura de conhecimentos que fundamente sua prática. A Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem surgiu nos anos 50 e tem como conceito básico o autocuidado. Ela tem sido abordada em diversos estudos realizados com pacientes que apresentam o diagnóstico de DRC, pois possui conceitos acerca do autocuidado ou déficit de autocuidado. 49,52

O treinamento é um dos determinantes para o sucesso da terapia, sendo fundamental na prevenção da peritonite ⁹⁰. Ao iniciar o tratamento na DP domiciliar, todo paciente passa por treinamento realizado pelo enfermeiro do centro de diálise. Este treinamento é seguido pelas recomendações das diretrizes da International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) ⁴⁵, sendo constituído de aulas teóricas e práticas, adequadas de acordo com a necessidades de cada paciente e/ou familiar, para que haja a compreensão do procedimento.

Os enfermeiros apropriam-se dos conceitos de Orem para o planejamento do cuidado e implementação das ações de enfermagem necessárias ao atendimento da demanda terapêutica. A identificação dos déficits de autocuidado pelo enfermeiro corrobora para o apoio e capacitação dos familiares como agentes do autocuidado do paciente, quando os requisitos estiveram diminuídos ou ausentes. 49,52

As taxas de peritonite foram citadas por autores, mas somente um avaliou o efeito de um programa de visita domiciliar na técnica de diálise peritoneal, no efeito da adesão e os insucessos.

A Portaria nº 385, de 25 de abril de 2016, redefine a AD ao paciente em DP no âmbito do SUS, na modalidade de AD. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é caracterizado pelo conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da reabilitação da saúde que é realizada em domicílio, visando à continuidade e à integralidade de cuidado. 36,38,39

Um estudo identificou déficits de conhecimento no procedimento de dialise peritoneal, tanto do paciente quanto do familiar.Como prática institucional a VD contribui satisfatoriamente para: o seguimento do tratamento no domicílio; possibilitou conhecer e acompanhar a realidade das famílias; interviu o mais rápido possível em falhas detectadas; esclareceu dúvidas com enfoque educativo. A avaliação socioeconômica realizada na VD ofereceu suporte ao paciente e família com finalidade de cuidado específico. ^{3,46}

A realização periódica da VD mantém o paciente e/ou cuidador capacitados e supervisionados pela equipe de enfermagem em relação às condições do domicílio, equipamentos, insumos (materiais de higiene e limpeza). A manutenção das condições adequadas possibilita a realização efetiva do procedimento domiciliar de DP.

No contexto, a VD é um momento rico de troca de saberes entre profissionais e paciente/cuidador que podem participar de forma ativa, crítica, questionadora e refletirem sobre as reais necessidades, como sujeitos transformadores do processo saúde. ^{3,44}

Recomenda-se a realização de relatos e de estudos primários dessa temática, a fim de demosntrar e contribuir para a identificação das melhores evidências científicas.

A pergunta de pesquisa da revisão mostrou a necessidade da presença o enfermeiro como profisisonal da equipe de saúde e imprescindível no planejamento da VD como responsável pela avaliação dos cuidados a serem implementados.

A síntese dos conhecimentos da presente revisão corrobora para que a VD realizada pelo enfermeiro torne-se ação efetiva e holística ao paciente e família, de forma a assegurar o

autocuidado e a manutenção do tratamento proposto, assim como a diminuição da falta de adesão e de complicações.

5.2 Características sociodemográficas

Segundo dados do sistema SUS, em fevereiro de 2015, o número estimado de usuários em tratamento dialítico que estão em "manutenção e acompanhamento domiciliar submetidos à DPA e DPAC" estava próximo a 6.126 usuários no Brasil. ^{26,27}

A DRC provoca alterações significativas no cotidiano do paciente levando-o à busca de meios para adaptação à nova condição de vida frente a tantas perdas. ⁴⁶

No Brasil, de acordo com o censo de 2018 realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) mostrou, em 2000, 42.695 pacientes em programa de diálise, enquanto em 2011 havia 91.314, em 2014 100.397 pacientes e em 2018, 133.464 pacientes. ⁶⁶⁻⁶⁹

No presente estudo em relação às variáveis sociodemográficas obeservou-se que 48 pacientes (40,00%) apresentavam como diagnóstico o diabetes mellitus.

Um estudo relacionado ao acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes mellitus aponta que cerca de 30% dos pacientes com diabetes mellitus desenvolvem nefropatia diabética, especialmente em associação com hipertensão arterial. Essa patologia responde por 30-40% dos pacientes em diálise crônica. A DRC mesmo em estágios menos graves, é um importante determinante de desfechos adversos em pacientes hipertensos e diabéticos, sendo atualmente considerada um dos mais significativos fatores não tradicionais de risco cardiovascular. A crescente prevalência do diabetes mellitus no Brasil e no mundo e frequentemente associado à hipertensão arterial, à doença cardiovascular e ao envelhecimento populacional tem favorecido a ocorrência de DRC, com evolução para perda de função renal e a necessidade de tratamento com diálise ou transplante, limitando a qualidade de vida e aumentando o risco de morte prematura. 70

Relacionado ao gênero houve um predomínio do sexo do masculino 65 (54,17%) e da cor branca, 107 pacientes (89,17%). Não se pode afirmar que esse número está relacionado aos homens serem muito mais refratários a procurar ajuda médica do que mulheres.

No Brasil, dados divulgados pelo Censo de Diálise, nos últimos anos, mostraram maior prevalência da população masculina 57,0%; 57,0% e 57,3% nos anos de 2009; 2010 e 2011. ⁷¹

Segundo os dados provenientes do CBN de 2013 (13), estima-se atualmente que mais de 100 mil pacientes se encontram em tratamento dialítico crônico. A prevalência de pacientes em diálise é de aproximadamente 500 por milhão de pessoas (pmp), variando conforme a região do país (Sul: 622/pmp, Sudeste 597/pmp, Centro-Oeste 589/pmp, Nordeste 358/pmp, Norte 284/pmp).⁷²

Entretanto, estudo realizado nos Estados Unidos da América, no período de 2005 a 2010, mostrou prevalência sobre doença renal crônica de 15,8% em mulheres e 12,1%, para os homens.⁷³

A média de idade foi de 61,14 (18-93) anos. Esses dados quando comparados com com pesquisa realizada nos EUA confirma que o crescimento da população idosa no mundo é decorrente dos avanços terapêuticos e tecnológicos no tratamento das doenças crônicas, aumentando a expectativa de vida de pacientes. Os Estados Unidos da América têm apresentado crescimento contínuo e relativamente linear de pacientes na faixa etária entre 45 e 64 anos com doença renal em estágio final.⁷³

5.3 O autocuidado e a religiosidade

Quanto ao autocuidado demosntrou-se que apenas 68 (56,6%) indivíduos realizavam parcialmente o autocuidado, direcionados aos hábitos de higiene pessoal, afazeres domésticos e profissão, mas não incluíndo a montagem da cicladora que era realizada por familiar em 52 (43,3%) pacientes.

Em condições normais de saúde a pessoa consegue cumprir as necessidades do autocuidado, mas na presença de algum desequilíbrio muitos são os desafios a serem superados.

Os pacientes renais podem apresentam menor capacidade de memorização e atenção devido ao processo de uremia já instalado. O tratamento, devido sua complexidade compromete na maioria das vezes, aspectos físicos e psicológicos dos pacientes que relatam sentimentos como angústias, incertezas e dificuldades. ⁴⁹

Justifica-se, entretanto, que muitos pacientes com DRC necessitem de um suporte familiar para realização do autocuidado até adquirir ao longo do tratamento confiança, habilidade, melhora da autoestima, aceitação da doença e por fim estar em condições fisiopatológicas mais equilibrada, e assim conviver e lidar com as limitações impostas pelo tratamento.

A teoria do déficit de autocuidado refere-se aos cuidados de enfermagem que visem corrigir as deficiências apresentadas pelos pacientes para cuidarem de sua saúde. De acordo com Orem são cinco formas de auxílio: ensinar, fazer para a pessoa, propiciar cuidado psicológico e físico, harmonizar o ambiente para facilitar a realização de suas necessidades e orientá-lo.⁷⁴

A teoria dos sistemas de enfermagem descreve o modo como profissional interfere em relação aos déficits de autocuidado do doente. São eles: totalmente compensatório depende da enfermeira para executar todas as assistências, parcialmente compensatório há uma relação de parceira da enfermeira com o paciente e apoio educativo quando ele consegue desenvolver suas atividades de autocuidado. ^{74,75}

Relacionado a prática religiosa, 77 (64,17%) pacientes relataram ser praticantes da religião católica. O Brasil é considerado o maior país do mundo em número de católicos nominais, sua hegemonia deve ser relativizada devido ao grande sincretismo religioso existente no país.⁷⁶

A espiritualidade e a religiosidade são reconhecidas na literatura como recursos que ajudam as pessoas a lidarem com os contratempos diários juntamente com as situações traumáticas e estressantes relacionados aos processos de enfermidades e internação.⁷⁷

Dentre as várias formas de fortalecimento do paciente, evidencia-se a busca da espiritualidade e religiosidade, com intuito de auxiliar suas dificuldades e adaptações.⁷⁷

Exemplos disso são: apoio social dos grupos religiosos, sistemas de crenças que favorecem o sentido à vida e ao sofrimento, além de incentivar comportamentos e estilos de vida saudáveis. Possivelmente, tais recursos poderiam atuar de forma sinérgica e levariam aos desfechos de saúde.⁷⁸

Vale destacar que a espiritualidade e a religiosidade têm se mostrado como fatores que influenciam de maneira positiva a recuperação no processo de doença, além de melhorar a qualidade de vida.

Quanto a presença de um companheiro(a) ou cuidador(a) 84 pacientes (70%) residiam com companheiro (a) sendo que, 107 desses indivíduos (89,16%) residiam na área urbana o que facilitava acesso a unidade de diálise, entrega de materiais e atendimento rápido a complicações.

O cuidador compõe a família nuclear, pois mantém a relação de vínculo com a pessoa em tratamento de diálise peritoneal sendo filho (a) ou esposo (a). Na maioria dos tratamentos de diálise peritoneal, o papel de cuidador é desenvolvido por apenas um familiar.

Esta característica também foi encontrada em estudo realizado na região Sul, quanto a vivência de familiares cuidadores na condição de responsáveis pela realização da diálise peritoneal.⁷⁹ Ressalta-se ainda que os cuidadores moram com a pessoa em tratamento de diálise peritoneal e com tempo de participação no cuidado, por cinco meses a dez anos. Percebe-se que as ações dos cuidadores de pacientes que realizam a DP estão voltadas mais ao cuidado com a cicladora, do que com a pessoa em tratamento.⁸⁰

5.4 Região de abrangência, escolaridade e renda per capta

A maioria dos municípios de origem dos pacientes identificados nos formulários utilizam o hospital de referência para atendimentos das intercorrências relacionadas a DP e manutenção desse tratamento intra hospitalar. A instituição onde este estudo foi realizado é um hospital de referência em nefrologia e de acordo com a abrangência da Diretoria Regional de Saúde do Estado (DRS).

A maioria, 77 pacientes (64,17%) pertenciam a região de Botucatu, estado de São Paulo, região sudeste do país e percorria a distância mínima de 60 km (70 pacientes - 58.34%) e máxima de 180 km (16 pacientes - 13,33%) para chegar até a unidade de diálise, sendo este dado confirmado pelo censo de 2018 que fornece a informação que o numero de unidades e pacientes cadastrados por região de acordo com o censo de 2018 atingiu 25.434 pacientes na região sudeste do Brasil.⁶⁹

De acordo com o nível de escolaridade identificado neste estudo, 11 (9,1%) pacientes eram analfabetos, 53 (44,1%) pacientes não completaram o ensino fundamental e apenas 13 (10,83%) desses apresentavam nível superior completo. Esses dados corroboram com a realidade da população brasileira devido a desigualdade social, sendo maior à preocupação e necessidade de estar empregado para suprir as necessidades da familia do que estudando.

O Instituto Brasileiro de Geografia e estatística demonstra que o percentual da população sem instrução ou com ensino fundamental incompleto passou de 65,1% em 2000, para 33,1%, em 2017. ⁸¹

Habitualmente acredita-se que, quanto maior a escolaridade, maior a chance de sucesso do tratamento, ainda assim, nem sempre a escolaridade é requisito para fácil aprendizado para execução da técnica de diálise. O sucesso do tratamento caminha em conjunto a fatores, como envolvimento, comprometimento, responsabilidade e, sobretudo a aceitação da doença. O estudo de coorte sobre diálise peritoneal realizado no Brasil

denominado BRAZPD mostrou que dos pacientes em diálise peritoneal no país, 13,0% eram analfabetos, 57,0% tinham até o ensino fundamental e apenas 8,0% o ensino superior. Esses resultados apontam que o perfil socioeconômico não constitui limitação para indicação de DP.⁸²

Em relação a renda per capta, a média salarial foi de R\$ 1022,54 reais (DP 167 - 4.470), sendo que composição familiar foi de, no mínimo, 3 pessoas na residência de 75 pacientes (62,60%).

Essa média salarial de acordo com o número de pessoas existentes nessa residência sugere que essa população em estudo pode estar vulnerável a riscos. O estudo BRAZPD e outro em São José do Rio Preto – SP mostraram que a renda da população em DP foi de até dois salários mínimos respectivamente.⁸²

O fator econômico pode ser conclusivo para a tomada de decisão de realizar o tratamento no domicílio, pois influência na evolução dos pacientes que já fazem parte de grupo de risco. A educação deficiente, desnutrição, déficit habitacional, presença de vícios como o alcoolismo, infecções crônicas, exposição a fatores ambientais e preconceito contribuem para o agravo da DRC.

Frente às necessidades de adaptação do ambiente para realizar o procedimento de diálise com segurança, materiais de higiene, medicamentos e alimentação especial, entre outros é necessário potencializar a importância da manutenção de parcerias entre os municípios, hospitais e Unidades Básicas de Saúde a fim de garantir a qualidade e continuidade desse tratamento.

A vulnerabilidade social não deve ser entendida apenas como exclusivamente ligada a pobreza. A ela pertence um conceito mais abrangente do que pobreza, por considerar não apenas o acesso a necessidades materiais, como alimentação, moradia e emprego, mas também a serviços públicos e políticas sociais básicas e a capacidade de reagir ativamente perante os riscos. A vulnerabilidade social é muitas vezes definida como a totalidade de défictis sociais enfrentados pelos pacientes – incluindo desigualdades sociais, amibentais e privações que afetam sua coesão social e a capacidade de reagir a situações de risco social – associados ao processo de saúde/doença.⁸³

5.5 Condições de higiene da residência, do local de troca, do paciente e presença de animais

Em relação aos cuidados de pacientes em DP domiciliar, a verificação e intervenção durante a VD, relacionadas às boas condições de higiene da moradia, e a possibilidade de um local adequado para a realização do procedimento é de suma importância para o e prevenção de possíveis infecções e sucesso do método.

Foram considerados para a caracterização de ambiente adequado durante as VD os critérios de acordo com o protocolo da Clínica de Diálise da instituição e a regulamentação pela Portaria 154 de 15 de junho de 2004. Assim ambiente adequado é aquele que possuia: paredes íntegras; teto forrado; utilização de água tratada; rede de esgoto sanitário dentro dos padrões de saneamento básico; pia para higienização das mãos mas sem a exigência de estar dentro do quarto e possuir portas e janelas.

Através da avaliação dos 234 formulários de visitas realizadas foi possível identificar em 10 (4,2%) formulários, a presença de umidade nas paredes do quarto, seguido de 12 formulários (5,13%) com nota de mofo e presença de sujeira no quarto em 19 formulários (8,12%) das casas visitadas, sendo que os demais mantinham as orientações fornecidas durante treinamento.

Um estudo realizado por Abrahão retrata que as condições inadequadas do ambiente como falta de higiene, espaço físico inapropriado, presença de poeira, mofo, baixa luminosidade, água não tratada, umidade ou ambiente em construção foram apontados por cuidadores como possíveis falhas determinantes de complicações em diálise peritoneal domiciliar e que a presença de infiltrações provoca emboloramento pelo excesso de umidade no ambiente. O emboloramento é uma alteração constatada macroscopicamente pelo desenvolvimento de microorganismos pertencentes ao grupo dos fungos. ^{39,44}

Em relação ao local de troca, ou seja, o quarto para realização da diálise era compartilhado com até 2 pessoas em 150 casos (64,10%), apresentado como membro da família. Essa realidade não trouxe complicações ao método tendo em vista que as orientações fornecidas eram respeitadas. Alguns pacientes relatavam maior segurança com a presença de uma segunda pessoa no ambiente.

A higiene do local de troca se manteve em 219 (93,5%) formulários de VD, considerada adequada, e referida como importante moradores devido a preocupação de possíveis infecções.

Destaca-se que esse aspecto reflete a importância do treinamento realizado pelos enfermeiros nos retornos ambulatoriais dos pacientes e seus cuidadores na instituição do estudo e o impacto da educação em saúde na prevenção da infecção.

As ações educativas do enfermeiro quando bem planejadas contribuem para a redução de complicações que podem surgir no transcorrer do tratamento, pois visam maior conhecimento sobre a doença e tratamento, ao tempo em que prepara o paciente para vencer as adversidades, adquire maiores subsídios para o autocuidado e, por conseguinte, maior adesão ao tratamento. 46

Mesmo diante de toda debilidade física e psicológica que a DRC traz ao individuo, as alterações nas suas atividades diárias, afazeres domésticos e profissionais a higiene pessoal do paciente se manteve boa em 216 das VD (92,31%).

Em relação a presença de animais, verificou-se que em 149 formulários (63,68%) de visitas das residências registraram existência algum tipo de animal, sendo a predominância em 118 deles (50,43%) da espécie canina.

A DRC provoca alterações significativas no cotidiano do paciente levando-o à busca de meios para adaptação à nova condição de vida frente a tantas perdas. O contato entre paciente e animal foi retalado como terapêutico, sendo estes, mencionados com grande estima, carinho, motivo de distração e apego.

De acordo com estudo são vários os benefícios que os animais podem proporcionar aos seres humanos, sendo eles, companhia, a promoção de mudanças positivas no autoconceito e comportamento das pessoas além de auxiliar no desenvolvimento de várias habilidades e no exercício de responsabilidades. Os animais ajudam a diminuir o estresse, combatem a depressão e o isolamento e estimulam o exercício e podem desempenhar os seguintes papéis: o de facilitador social, o de veículo simbólico para a expressão de emoções, foco de atenção e agente tranqüilizador, objeto de apego, fonte de suporte social e instrumento vivo para aprendizagem de novas estratégias e formas de pensar e agir. ^{84,85}

É preciso também considerar os aspectos negativos desta relação. A convivência com animais aumenta a transmissão de zoonoses, portanto é necessário estar atento durante as VD as condições em que esse animal se encontra para que não haja complicações infecciosas ao paciente já debilitado pela DRC.

Os benefícios associados à convivência com o animal de estimação foram o companheirismo, a alegria, o desenvolvimento de maior compaixão e a ajuda que podem oferecer na cura ou melhora de algumas doenças.⁸⁶

Os animais também foram citados como membro da família. Sendo assim, o contato com o animal de estimação para esses pacientes foram mais pontos positivos do que negativos.

5.6 Armazenamento e descarte dos materiais

Observou-se que nos 154 (65,8%) formulários de visitas continham a informação de excesso dos materiais correspondentes à diálise. O excesso de material no domicílio pode sugerir a não realização do procedimento de diálise, caracterizando em algumas situações a má adesão.

No entanto, devido a hospitalizações por complicações pode ocorrer acúmulo de materiais no domicilio, uma vez que devido à dificuldade de transporte e a distância de alguns municípios em relação à clínica de diálise o paciente não utilize seu material durante a hospitalização. Outro fator relevante para o excesso de material é às trocas de prescrições de concentrações de glicose ou cálcio das bolsas de diálise.

O descarte correto dos materiais foi observado em 227 formulários (97,0%). As bolsas vazias eram acondicionadas em sacos plásticos, em conformidade com as orientações fornecidas durante treinamento. Este material pode ser acondicionado em lixo comum, uma vez que os invólucros das bolsas dialíticas são considerados resíduos comuns.

Resíduos comuns são definidos como aqueles que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Recebem tratamento semelhante aos resíduos domiciliares, porém, existindo na região qualquer tipo de endemia, deverão ser tratados do mesmo modo que os resíduos hospitalares. 87,88

As caixas dos materiais recebidos mensalmente para realização da DP estavam acondicionadas e organizadas em paletes, armários ou prateleiras em 220 (94,0%), dos casos de acordo com dados registrados mantidas em local protegido de chuva em 232 (99,14%) casos e 230 (98,29%) protegidas do sol.

Em relação à existência de condições gerais para a realização de diálise no domicílio, o enfermeiro durante a VD deve estar atento ao excesso de materiais na residência, ao acondicionamento e descarte dos materiais já utilizados, vencidos ou com violação.

É importante que o paciente ou familiar entenda que esses produtos quando acondicionados diretamente no piso favoreçam a umidade da caixa e possível contaminação.

De acordo com a recomendação do fabricante as soluções devem ser guardadas "[...] em local seco e ao abrigo de luz". ⁸⁹

Cabe ao profissional durante a VD supersionar, orientar sobre o controle de estoque, sobre prazo de validade e das possíveis complicações advindas do acondicionamento incorreto desses materiais. Importante ressaltar que o excesso pode trazer acondicionamento de maneira indevida por faltar espaço físico nas residênciase e alerta para não adesão ao tratamento.

5.7 A presença do cuidador e as dúvidas quanto ao procedimento domicilar

De acordo com nossos dados observou-se nos formulários que a instalação da diálise em 180 dos casos (76,92%) era realizada pelo cuidador. Fator esse relevante e descrito acima que a DRC e o estado urêmico provoca alterações fisiopatológicas importantes no paciente levando a diminuição da atenção, memorização e consequentemente demora no aprendizado gerando sentimentos como angústias, incertezas e dificuldades.

Uma pesquisa realizada sobre a relação do processo ensino-aprendizagem na evolução da diálise peritoneal mostrou que os que ficaram mais tempo sem peritonite foram aqueles em que a diálise foi realizada pelo cuidador. Esse estudo ainda destacou que o responsável pelo procedimento de diálise pode estar relacionado à evolução do tratamento.⁹⁰

Outro estudo investigou o tempo de ocorrência de peritonite e a capacitação de pacientes e /ou cuidador e mostrou que houve associação significante entre essas variáveis, ou seja, a menor ocorrência de peritonite esteve associada ao maior tempo de capacitação do paciente e/ou cuidador.⁹¹

Em relação a programação, cuidado e higiene da máquina de diálise se manteve correta em 233 dos casos (99,57%). A presença de algum tipo falha foi observada em 75 visitas (32,05%), onde 48 dessas falhas (20,51%) foram na execução da técnica e 33 formulários (14,10%) continham registros da falta hábito de anotar as drenagens para controle. O registro do volume de líquido drenado, bem como outras informações devem ser anotadas e fornecidas mensalmente a equipe de saúde. Esses dados facilitam a avaliação clínica desse paciente, juntamente com outros parâmetros tais como, peso controle da pressão e glicemia.

Diante dos dados é importante estabelecer um plano de ensino contínuo que contemple o conhecimento básico sobre DP, a importância das técnicas assépticas, os passos sequenciais do procedimento de troca da solução dialítica, medidas emergenciais quanto à ocorrência de complicações e o cuidado com do cateter abdominal. O paciente deve ser estimulado para vencer as adversidades, adquirir maiores subsídios para o autocuidado e, por conseguinte, maior adesão ao tratamento.

Foram observadas dúvidas em 44 visitas (18,80 %). As dúvidas relacionaram-se à alarme sonoro e visual da máquina em 18 casos (7,69%). Esses avisos são emitidos em qualquer ciclo da terapia (infusão, permanência, drenagem do liquido peritoneal), alertando que o processo de infusão ou drenagem não estão completos, decorrente da posição inadequada do paciente. Esses alarmes também acontecem quando existem erros em alguma etapa da montagem da máquina.

Portanto, é necessário que durante a VD o enfermeiro utilize essas informações para aprimorar seu treinamento, montar estratégias para memorização desses alarmes, esclarecer dúvidas com objetivo de manter autonomia do paciente/cuidador trazendo segurança e resolução para esses infortúnios que geram estresse e ansiedade e pioram qualidade do sono.

De acordo com estudo é imprescindível que além de materiais e equipamentos eficientes e seguros a instituição tenha um enfermeiro capacitado para ensinar os pacientes e cuidadores a realizar seu tratamento e resolver possíveis alarmes sem comprometer seu tratamento no domicílio. Afinal a meta é alcançar bons resultados em relação à ultrafiltração e depuração de solutos com menor chance de complicações.⁴⁷

Através da VD é possível detectar precocemente problemas relacionados à falta de conhecimento, habilidade, insegurança capacitando o paciente ou cuidador na resolução de falhas e alarmes ocasionados durante o tratamento no domicílio. 45,69

5.8 O desfecho peritonite

Dos 120 pacientes avaliados houve em 48 pacientes (39,3%) pelo menos um episódio de peritonite ao longo do seguimento.

A peritonite é uma complicação temida pelos pacientes que estão em DP, por ser uma infecção que pode levar a retirada de cateter, e consequentemente a eleição de outra terapia substitutiva renal para o paciente, a hemodiálise.

É considerada a mais grave complicação desse método dialítico devido altas taxas de morbimortalidade evidenciado nesses pacientes.

Com o passar do tempo, familiares ou cuidadores podem ficar mais vulneráveis e negligenciar o cuidado, tais como a adequada higienização das mãos, montagem correta da máquina de diálise, limpeza dos produtos utilizados. Esses fatores podem levar a peritonite.

Assim o suporte educativo e a busca de soluções aos problemas identificados, bem como encaminhar paciente e cuidador para nova capacitação são intervenções a serem consideradas utilizados pelo enfermeiro para a manutenção do tratamento e prevenção de complicações sejam elas infecciosas ou de falta de adesão.⁹²

Um estudo recente aponta que necessidade de avaliação permanente pelo enfermeiro do procedimento de DP realizado pelos pacientes, familiares ou cuidadores, pois ao longo do tratamento o paciente pode ficar vulnerável e negligenciar o cuidado, como a adequada higienização das mãos e da pele próxima à inserção do cateter, entre outras ações.

A predominância dos agentes infecciosos em relação a cultura do liquido peritoneal foi de bacilos gram negativos e com cultura negativa da maioria.

Kim et al relataram que as taxas de remoção de cateter de diálise e a mortalidade associada à peritonite foram significativamente maiores nas peritonites por bacilos gram negativos em comparação com as peritonites por Gram-positivos. Além da perda de cateter, Prasad et al. encontraram diferença significativa em relação a internação hospitalar em peritonite por Gram-negativos, sendo as taxas maiores do que na peritonite por Gram-positivos. 93,94,95

Análise univariada das variáveis sociodemográficas, as preditoras independentes do desfecho peritonite foram a religião e a renda per capita e as variáveis preditoras relacionadas ao domicílio foram a presença de falhas no tratamento e na técnica de instalação da DP.

Análise multivariada das variáveis preditoras independentes para o desfecho peritonite foram a falha na técnica e na realização do procedimento.

No Brasil, um estudo de Coorte denominado BRAZPD, que avaliou 5.819 pacientes em diálise peritoneal de dezembro de 2004 a outubro de 2007 mostrou que pacientes do sudeste permaneceram em média 12,3 meses em tratamento e os da região Centro-oeste 8,9 meses. O tempo médio de sobrevida do paciente foi maior na região Centro-oeste $(9,6 \pm 7,8)$ meses), seguida da região Nordeste $(9,6 \pm 7)$ meses). O tempo médio de falência relacionado à técnica de diálise foi de $(10 \pm 7,5)$ meses), $(9,7 \pm 6)$ meses), $(9,5 \pm 7)$ meses) nas regiões Centro-oeste, Sudeste e Nordeste respectivamente. A taxa de mortalidade foi maior na região Norte (30,1%), seguida da região Sudeste (23,3%).

De acordo com Fernandes et al o Nordeste é a região com a terceira maior taxa de falência relacionada à técnica de diálise e com apenas 34,89% dos pacientes que tiveram acompanhamento pré-dialítico em relação às outras regiões do país.⁸²

Ressalta-se que a identificação de fatores de falhas nas técnicas são importantes dicas para o reforço durante o treinamento pelo enfermeiro das ações que o paciente deve conhecer para o manejo do seu tratamento domiciliar. São diversos os fatores que podem levar a falha na técnica, sendo um deles a baixa renda familiar que impossibilita a família a buscar meios de qualidade para melhoria do ambiente em que vive. Os gastos excedentes com medicações que nem sempre estão disponíveis nas redes básicas, material de higiene de uso pessoal, de limpeza da residência, alimentação apropriada e gastos com outros mebros da família.

Outro fato relevante é que a DRCT acarreta ao indivíduo uma sobrecarga de cuidados para o alcance das metas terapêuticas e melhora da qualidade de vida. O impacto na vida do paciente se reflete em todas as dimensões social, familiar, trabalho e em si mesmo.

O paciente e familiares sestão vulneráveis à mudanças em no estilo de vida, com novas tarefas a serem cumpridas, recomendadas pelos profissionais de saúde ou mesmo impostas pela própria doença.

Além das atividades domésticas ou de rotina de trabalho, cuidado com filhos, o paciente ou familiar desenvolvem as atividades diárias relacionadas ao procedimento dialítico que incluem os procedimentos da diálise, cuidado com cateter, organização e controle dos materiais utilizados, prover medicações, seguir a dieta e a restrição dos líquidos, estar atento ao agendamento de consultas, exames, transporte e saber lidar com possíveis complicações ao longo do tratamento.

O excesso de tarefas desempenhadas, situações desgastantes, pressão, medo ou demasiada responsabilidade podem levar a exaustão, estresse e esgotamento físico e mental, ocasionando falhas no procedimento ou mesmo a não realização deste.

O sofrimento emocional como angústia, ansiedade, depressão, revolta podem desencadear outros fatores prejudiciais ao tratamento como falta de adesão aos medicamentos, dieta e controle hídrico.

Deve se levar em conta que para que haja adesão, diminuição nas falhas que possam comprometer o procedimento, o paciente e familiar devem ter entendimento sobre a DRC, suas possíveis complicações e acima de tudo aceitação dessa nova etapa.

É indispensável que haja entre paciente, familiar e equipe de saúde, movimentos contínuos de educação, esclarecimento de dúvidas. O enfermeiro no seu importante papel de

educador, torna-se um facilitador das mudanças no estilo de vida e autocuidado trazidas pela DRC, planejando com o paciente e sua família, as etapas da mudança, organizando estratégias sempre na busca da qualidade de vida e prevenção de complicações.

Conclusão

6 CONCLUSÃO

Em relação à revisão integrativa: foi realizada no período de busca de janeiro de 2014 a janeiro de 2019 e inclusos 10 artigos: cinco do ano de 2014; três do ano de 2015 e dois do ano de 2017; seis são estudos quantitativos; um qualitativo e três revisões integrativas; os níveis de evidência foram V; VI e VII.

A pergunta norteadora da revisão foi: "Como se descreve a VD realizada pelo enfermeiro à pacientes em DP quanto a adesão ao método dialítico, a prevenção de complicações e a sua eficácia como ferramenta de apoio?"

A síntese do conhecimento identificou: que a educação em saúde do paciente, familiares e cuidadores em DP domiciliar é essencial para a prevenção da peritonite; de maneira efetiva é necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, esteja capacitado para estes cuidados; o enfermeiro presta assistência de forma holística ao paciente e familiares e, assegura a manutenção do tratamento proposto; intervir preventivamente por meio da educação continuada é fato imprescindível para o tratamento em domicílio.

Escassos são os estudos que analisam essa temática e recomenda-se a realização de relatos e de estudos primários e com nível de evidência para identificas as melhores práticas.

Em relação as variáveis quantitativas e qualitativas identificadas nos formulários de VD à pacientes em diálise peritoneal constatou-se que a maioria apresentavam como doença de base o Diabetes Mellitus.

Em relação perfil epidemiológico houve: predomínio do sexo masculino; cor branca; média de idade de 61,14 anos; religião católica; residiam com companheiro; paciente e cuidador com ensino fundamental incompleto; renda per capta de R\$ 1022,54 reais; composição familiar de no mínimo 3 pessoas na residência; residiam na área urbana; pertenciam a região de Botucatu; com distância mínima de 60 km e máxima de 180 km.

Em relação às condições de higiene do paciente e moradia apresentavam-se: adequadas; local de troca: quarto; compartilhado com até 2 pessoas; com boa higiene; saneamento básico; presença de animal espécie canina.

Em relação ao armazenamento e descarte dos materiais: seguiam as orientações de acordo com treinamento e normas da vigilância sanitária.

Em relação a realização do procedimento: realizado pelo cuidador; programação e limpeza da cicladora: adequadas; falhas encontradas:execução da técnica; balanço das drenagens: anotados; dúvidas:alarme sonoro e visual.

Em relação as variáveis do desfecho peritonite identificaram-se :48 pacientes; o mesmo paciente apresentou mais que um episódio de peritonite; permanência no método: maior no sexo feminino; As frequências foram maiores para o gênero masculino nos desfechos: transferência para hemodiálise; óbitos; transplante renal; recuperação da função renal; a predominância dos agentes infecciosos: bacilos gram negativo; seguidos de cultura negativa.

Em relação análise univariada por regressão logística das variáveis sociodemograficas com o desfecho peritonite: as variáveis, renda per capita e religião foram preditoras independentes do desfecho em questão.

Em relação a análise univariada por regressão logística das variáveis relacionadas ao domicílio com o desfecho peritonite: as variáveis, presença de falhas no tratamento e falha na técnica foram preditoras independentes do desfecho em questão

Em relação a regressão logística múltipla das variáveis, religião, renda e falha na técnica com o desfecho peritonite: as variáveis, renda per capita e falhas na técnica da realização do procedimento de DP foram preditoras do desfecho peritonite.

A religião apresentou-se como um fator de proteção contra o desfecho em questão, sendo citada como força e conforto para os pacientes. Favorece a aceitação da doença e as limitações impostas pela mesma. As mudanças advindas com DRC levam os pacientes a buscar na religião fortalecimento e amenização do sofrimento. Essa busca traz esperança para continuarem nessa luta e aceitação às mudanças no estilo de vida e efeitos positivos na saúde.

A DRC não acomete um único órgão, mas afeta todo o ciclo de vida do indivíduo, ou seja, suas obrigações sociais, sua vida familiar, seu trabalho, destruindo ou adiando seus projetos para o futuro. Suas patologias secundárias, trazem complicações aos pacientes que sofrem alterações muito bruscas em sua rotina, acarreta uma sobrecarga de cuidados pois a convivência com a doença é diária, tendo de se readaptar constantemente as novas alterações trazidas, sejam elas pelas mudanças orgânicas, socioeconômicas e de imagem corporal.

A DP é particularmente uma modalidade de autocuidado, que permite ao paciente realizar seu próprio tratamento, mas não devemos ignorar que incialmente os pacientes podem apresentam menor capacidade de memorização e atenção devido ao processo urêmico. Tratase de um tratamento complexo, podendo comprometer na maioria das vezes, aspectos físicos e psicológicos dos pacientes que relatam sentimentos como angústias, incertezas e dificuldades, sendo necessário um suporte familiar para realização do autocuidado até adquirir ao longo do

tratamento confiança, habilidade, melhora da auto estima, aceitação da doença e por fim estar em condições fisiopatológicas mais equilibrada.

Quanto mais complexo o tratamento, mais difícil se torna a adesão. Muitos são os fatores que devem ser lembrados e compreendidos durante a VD para que seja realizado estratégias para suprir as demandas apresentada por esses fatores.

Os pacientes e cuidadores, apesar de terem sido capacitados apresentam dificuldades para o desenvolvimento do procedimento no domicílio. Dessa maneira, a educação contínua dos pacientes e cuidadores devem ser planejadas e realizadas em parceria com os profissionais da estratégia da saúde da família de cada município sob a supervisão dos profissionais especializados da unidade de diálise. A VD deve ser programada entre os profissionais envolvidos e os familiares e cuidadores para a discussão dos problemas diagnosticados e a atualização de conteúdos, bem como o suporte oferecido pelos grupos sociais. Essa visita também poderia constituir em um momento particular para a integração dos níveis de atenção da rede de serviços de saúde.

Diversas são as ações realizadas durante a VD pelo enfermeiro, sendo elas: ações interacionais, educativas, assistenciais, administrativas e de pesquisa científica para construção do conhecimento de enfermagem dessa especialidade. Através dos dados coletados durante a VD pelo enfermeiro é possível atingir a um nível evidências de resultados para a mehoria da qualidade da assitência.

Cabe ao enfermeiro planejar as VD de acordo com a rotina de sua instituição, utilizando-a como um instrumento que permite identificar variáveis relacionadas ao risco de infecção (peritonite), possibilitando a implantação de medidas para a correção dos problemas, o que pode auxiliar no entendimento e na adesão do paciente ao tratamento, melhorando a sobrevida da técnica de diálise.

Durante a VD o enfermeiro pode capacitar o sujeito a ser corresponsável por seu tratamento, pois oferece informações que o ajudam a adequar o ambiente domiciliar sem descaracterizá-lo e dar suporte para o cuidado com autonomia ao longo do tratamento.

Justifica-se a VD como instrumento de avaliação para adesão e prevenção de peritonites aos pacientes que demonstram durante os atendimentos ambulatoriais dificuldades de adesão, entendimento, e que necessitem de reforços das orientações.

Associa-se a necessidade da VD na busca da sedimentação de conhecimentos e como facilitador na resolução dos problemas e dinâmica familiar.

A VD mostrou-se um valioso instrumento de avaliação proporcionando oportunidade de reconhecer e corrigir possíveis falhas mantendo um padrão adequado de tratamento no domicílio de acordo com a realidade de cada paciente e família. Permite a enfermeira observar se o paciente mantém sua autonomia, se as modificações ou adaptações realizadas ao longo do tratamento não trazem riscos durante a aplicação da técnica.

REFERÊNCIAS

- 1. Wick G, Robbins K. Patient education. In: Parker J. editor. Contemporary nephrology nursing. Pitman, N J: American Nephrology Nurses' Association; 1998. p.837-52.
- 2. Ulrich B. Educating nephrology staff and patients. In: Ulrich BT, editor. Nephrology nursing: concepts and strategies. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange; 1989.p. 279-90.
- 3. Cunha LP; Silva FVC; Santos FK; Pires AS; Leone DRR; Silva LCS. A visita domiciliar em diálise peritoneal: aspectos relevantes ao cuidado de enfermagem. Rev Fund Care Online. 2017;9(1):128-136. DOI:http://dx.doiorg/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.128-136.
- 4. Augusto I.; Franco LHRO. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliária. Rev. LAES/HAES. 1980;1(5):50-52.
- 5. Mazza MMPR. A visita domiciliaria como instrumento de assistencia de saude. J of Hum Grow and Develop., 1994;4(2). DOI: https://doi.org/10.7322/jhgd.38143.
- 6. Miranda CMLO. Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1987.
- 7. Miranda CMLO doce(i Santos FK; et al. A visita domiciliar em diálise peritoneal: aspectos relevantes ao cuidado de enfermagem. Ver Fund Care Online.2017 jan/mar;9(1):128-136.DOI:HTTP://dx.doiorg/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.128-136.
- 8. Kawamoto, EE; Santos, MCH.; Mattos TM. Enfermagem comunitária. São Paulo, EPU; 1995.
- 9. Rehem TCMSB; Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;1(Suppl.):231- 242. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024.
- 10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).
- 11. Nogueira MJC; Serpa da Fonseca RMG. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. Rev.Esc. Enf. USP, 1977;11(1):28-50.
- 12. Lugon JR. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública. J Bras Nefrol 2009;31(1):2-5.
- 13. Stevens LA, Stoycheff N, Levey AS. Staging and management of chronic kidney disease. In: Greenberg A, ed. Primer on Kidney Diseases (5th ed). Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009. p.436-445.

- 14. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2005. Disponível em <www.sbn.org.br> Acesso em: 04, Ago, 2014.
- 15. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2014. Disponível em <www.sbn.org.br> Acesso em: 04, Ago, 2015.
- 16. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2016. Disponível em <www.sbn.org.br> Acesso em: 04, Junho, 2017.
- 17. Mendes ML; Alves CA; Bucuvic EM; Dias DB; Ponce D. Peritoneal dialysis as the first dialysis treatment option initially unplanned. J. Bras. Nefrol. 2017;39(4):441-446. doi:10.5935/010.-2800. 2017007.
- 18. Thomé FS; Gonçalves LF; Manfro RC; Barros E. Doença renal crônica. In: Barros E; Manfro RC; Thomé FS; Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 381-404.
- 19. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical pratice guidelines for chronic for kidney disease: evoluation, classification and stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39 (2 Suppl 1):S1-266.
- 20. Levey AS; de Jong PE; Coresh J; El Nahas M; Astor BC; Matsushita K. et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int. 2010;80(1):17-28.
- 21. Romão Júnior JE. Doença renal crônica: definição epidemiologia e classificação. J. Bras. Nefro.l, 2004;26(3 Suppl 1):1-3.
- 22. Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro-RJ: MEDSI; 2003.
- 23. Castro MCR. Manual de Transplante Renal. Disponível em: www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/Profissional.../manual_transplante_rim.pdf. Acesso em: 03 set. 2019.
- 24. Heimbürger O; Blake PG. Aparelho para diálise peritoneal. In: Blake PG; Daugirdas JT (eds.). Manual de diálise. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2008. p. 312-26.
- 25. Pecoits Filho R; Moraes TP. Diálise peritoneal. In: Riella MC (org.). Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 5. ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan S. A. 2010. p. 1032 1046.
- 26. Brasil. Data SUS. Manutenção e acompanhamento domiciliar de paciente submetido a dpa/dpac. Disponível em: http://tabnet. Data sus. gov. br/cgi/tabcgi.Exe>. Acesso em: 1 de abr. 2019.
- 27. Bevilacqua J.; Guerra AMM. Protocolo para CAPD, São Paulo: Baxter Hospitalar Ltda; 2000.

- 28. Alvim NAT; Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto contexto enferm., 2007;16(2):315-319.
- 29. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).
- 30. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença RenalCrônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, 2014ª CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).
- 31. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2011
- 32. Korevaar JC; Feith GW; Dekker FW; van Manen JG; Boeschoten EW; Bossuyt PM. et al. Effect of starting with hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment: a randomized controlled trial. Kidney Int, 2003;64(6):2222–2228.
- 33. Perl J; Wald R; McFarlane P; Bargman JM; Vonesh E; Na Y et al. Hemodialysis vascular access modifies the association between dialysis modality and survival. J Am Soc Nephrol, 2011;22(6):1113–1121.
- 34. Mendes ML; Alves CA; Bucuvic EM; Dias DB; Ponce D. Peritoneal dialysis as the first dialysis treatment option initially unplanned. J. Bras. Nefrol., 2017;39(4):441-446. doi:10.5935/0101-2800.20170077.
- 35. Blake PG; Jain AK. Urgent Start Peritoneal Dialysis Defining What It Is and Why It Matters. Clin J Am Soc Nephrol. 2018. doi: 10.2215/CJN.02820318.
- 36. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994 Título VII da ordem econômica e financeira, capítulo II da política Urbana. art. 182. Brasília, DF, Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 454p. 2012.
- 37. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Senado; 2004.
- 38. Abrahão SS; Ricas J; Andrade DF; Pompeu FC; Chamahum L; Araújo TM et al. Fatores de risco para peritonites e internações. J. Bras. Nefrol., 2010;32(1):100-106.
- 39. Ministério da Saúde. Portaria nº 385, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: < http://www.cosemsrn.org.br/wpcontent uploads/2016/04/portaria825.pdf Acesso em: 09/06/2016.

- 40. Ministério da Saúde. Portaria nº 385, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016. Disponível em: < http://www.cosemsrn.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/portaria825.pdf Acesso em: 09/06/2016.
- 41. Leone DRR. Diálise peritoneal no domicílio: aprimorando as habilidades para a realização do ritual terapêutico [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal Juiz de Fora; 2016.
- 42. Trajano JS, Marques IR. Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. Rev Enferm UNISA., 2005;6:53-7.
- 43. Abrahão SS. Determinantes de falhas da diálise peritoneal no domicílio de crianças e adolescentes assistidos pelo Hospital das Clínicas da UFMG [dissertação]. Minas Gerais BH: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
- 44. Santos FK; Valadares LV. Conhecendo o mundo do ser que enfrenta a diálise peritoneal: nexos simbólicos presentes no cotidiano. Rev. enferm. UERJ, 2011;19(3):473-478.
- 45. Bernardini J; Price V; Figueiredo A; International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) Nursing Liaison Committee. Peritoneal dialysis patient training, 2006. Perit Dial Int, 2006;26(6):625-32.
- 46. Sadala MLA, Bruzos GAS, Pereira ER, Bucuvic EM. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(1):68-75. DOI:http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100010.
- 47. Abud ACF. Atenção em diálise peritoneal no domicílio [tese]. 2013. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
- 48. Chiavenato I. Gestão de Pessoas. 3.ed. São Paulo: Elsevier; 2010.
- 49. Figueiredo AE; Kroth LV; Lopes MHI. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. Science Medica, 2005;15(3):198-202.
- 50. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5. ed. Missouri: Mosby; 1995.
- 51. Foster PC; Bennett; AM. Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- 52. Aggleton P; Chalmers H. Orem's self-care model of nursing. In: Aggleton P; Chalmers H editors. Nursing Models and Nursing Practice. London: Red Globe Press; 1990.
- 53. Cardoso BM; Cataldo Neto A; Seganfredo ACG. O médico e o paciente crônico. In: Cataldo Neto A; Gauer GC; Furtado NR (orgs). Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto alegre: Edipucrs; 2003.

- 54. Madeiro AC; Machado PDLC; Bonfim IM; Braqueais AR; Lima FET. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. Acta Paulista de Enfermagem, 2010;23(4):546-551.
- 55. Campos CJG; Guirardello EB; Reis CK. O individuo renal crônico e as demandas de atenção. Revista Brasileira de Enfermagem, 2008;61(3):336-341.
- 56. Cintra FA; Guariento ME; Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. Ciência e Saúde Coletiva, 2010;15(3):p.3507-3515.
- 57. Krüger TS. Adesão ao tratamento em pacientes renais crônicos: uma revisão integrativa [Trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 58. Nerbass FB; Morais JG; Santos RG; Krüger TS; Koene TT; Luz Filho HA. Adesão e conhecimento sobre o tratamento da hiperfosfatemia de pacientes hiperfosfatêmicos em hemodiálise. Brazilian Journal of Nephrology, 2010;32(2):149-155.
- 59. Maldaner CR; Beuter M; Brondani CM; Budó MLD; Pauletto MR. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2008;29(4):647-653.
- 60. Bastos MG; Carmo WB; Abrita RR; Almeida EC; Mafra D; Costa DMN et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. J. Bras. Nefrol., 2004;26(4):202-215.
- 61. Resende MC; Santos FA; Souza MM; Marques TP. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. Psicologia Clínica, 2007;19(2):2007.
- 62. Li PK; Szeto CC; Piraino B; Bernardini J; Figueiredo AE; Gupta A et al. Peritoneal dialysis-related infections recommendations: 2010 update. Perit Dial Int, 2010;30(4):393-423.
- 63. Barretti P; Montelli AC; Cunha MLRS; Caramori JCT. Atualização em diálise: tratamento atual das peritonites em diálise peritoneal ambulatorial contínua. J. Bras. Nefrol, 2001;23(2):114-20.
- 64. Figueiredo AE; Bernardini J; Bowes E; Hiramatsu M, Price V; Su, C. et al. A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers. Perit Dial Int., 2016;36(6):592-605.
- 65. Araújo FE; Souza Neto VL; Mendonça AEO; Lins TLCE; Granjeiro FML. As práticas assistências de enfermagem na diálise peritoneal: uma revisão. Rev. enferm. UFPI, 2015;4(1):111-116.
- 66. Ivarsen P, Povlsen JV. Can peritoneal dialysis be applied for unplanned initiation of chronic dialysis? Nephrol Dial Transplant. 2014;29(12):2201-6.
- 67. United States Renal Data System. 2014 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of

- Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013. Available from: https://www.usrds.org/2013/download/V2_Ch_01_ESRD_Incidence_Prevalence_13.pdf.
- 68. Brazilian Society of Nephrology [homepage on the internet]. São Paulo: Census of the Brazilian Society of Nephrology. 2016 [updated 2017 Jun 04; cited 2017 Aug]. Available from: www.sbn.org.br.
- 69. Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2018. Disponível em <www.sbn.org.br> Acesso em: 04 Jun. 2018.
- 70. Vieira Júnior, JM; Suassuna, JHR. O acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2: como identificar e prevenir: a visão do nefrologista. Revista HUPE. 2013;12(Supl 1):53-60. doi:10.12957/rhupe.2013.7083.
- 71. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise. SBN 2009, 2010, 2011. Disponível em: http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo. Acesso em 28 de setembro de 2011.
- 72. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon J, dos Santos DR. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 -Trend analysis between 2011 and 2013. J Bras Nefrol. 2014; 36(4): 476-81.
- 73. United States Renal Data System. Incidence, prevalence, patient characteristics, modality. Atlas ESRD. 2012;2:216-28, 2012.
- 74. Conceição, IRS et al. A teoria do autocuidado de Dorothea Orem. 2014. Disponível em: Acesso em: 30/03/2016.
- 75. Costa, SRD; Castro, EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014;67(6):979-986.
- 76. «Religion in Latin America: Widespread Change in a Historically Catholic Region» (PDF). pewforum. Consultado em 22 de agosto de 2016.
- 77. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, Mendiondo MSZ, Pavarini SCI, Orlandi FS. Esperança e Espiritualidade de pacientes renaiscrônicos em hemodiálise: estudo correlacional. Rev LatinoamEnferm. 2014; 22(2):248-54.
- 78. Curcio CSS. Validação da versão em Português da "Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality" ou "Medida Multidimensional Breve de religiosidade/Espiritualidade" (BMMRS-P). Dissertação (Mestrado). Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
- 79. Cesar, ED et al. A diálise peritoneal na vivência de familiares cuidadores. Rev Rene, 2013;14 (3):541-8. Timm, AMB. Convívio da família diante da diálise peritoneal no domicílio: implicações para o cuidado de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.

- 80. Branco, JMA. O cuidado familiar em diálise peritoneal: uma perspectiva da pesquisa convergente-assistencial em enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- 81. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contas Nacionais n. 38. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão Contas Regionais do Brasil, 2010, 2017.
- 82. Fernandes, N. et al. Sucessos e fracassos: uma análise dos dados do BRAZPD Comparados às Diretrizes Espanholas. J Bras Nefrol, 2008;30(1):22-31.
- 83. Tirapani L, Pinheiro HS, Mansur HN, de Oliveira D, Huaira RMN, Huaira CC et al. Impacto da vulnerabilidade social nos desfechos de pacientes com doença renal crônica prédialítica em um centro interdisciplinar. J Bras Nefrol 2015; 37(1):19-26.
- 84. Faraco, CB. Interação Humano-Animal. Ciência veterinária nos trópicos. 2008;11:31-35.
- 85. Heiden, J; Santos, W. Benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos. Revista de Divulgação Científica, 2009;16(2 A), Número Especial: I Seminário Integrado de Pesquisa e Extensão Universitária 2009.
- 86. Giumeli, R; Santos, C.P.M: Convivência com Animais de Estimação: Um Estudo Fenomenológico Revista da Abordagem Gestáltica Phenomenological Studies. 2016;22(1): 49-58, jan-jun, 2016.
- 87. Resolução Nº 306 de 07 de dezembro de 2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente CONAMA nº 358 de 29 de abril de 2005b. p. 99.
- 88. Gomes, MM. Lixo e resíduo. Conteudo Juridico, Brasilia-DF: 16 nov 2019. Disponivel em: https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/32589/lixo-e-residuo. Acesso em: 16 nov 2019.
- 89. Baxter hospitalar Ltda. Solução de diálise peritoneal. Bula Diaenal PD-2.
- 90. Abreu, RC. et al. Influência do Treinamento na Evolução da Diálise Peritoneal. J Bras Nefrol, 2008;30(2):126-31.
- 91. Holloway, M. et al. Pediatric peritoneal dialysis training: characteristics and impact on peritonitis rates. Peritoneal Dialysis International. 2001;21(4):401-404.
- 92. Abud ACF, Kusumota L, Santos MA, Rodrigues FFL, Damasceno MMC, Zanetti ML. Peritonite e infecção de orifício de saída do cateter em pacientes em diálise peritoneal no domicílio Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2015;23(5):902-9.
- 93. Santos, A.CM. Influência dos fatores clínicos e microbiológicos na evolução das peritonites por Bacilos Gram-negativos não fermentadores em diálise peritoneal. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita

- Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.2018.
- 94. Kim DK, Yoo TH, Ryu DR, Xu ZG, Kim HJ, Choi KH, et al. Changes in causative organisms and their antimicrobial susceptibilities in CAPD peritonitis: a single center's experience over one decade. Perit Dial Int 2004; 24:424–32.
- 95. Prasad KN, Singh K, Rizwan A, Mishra P, Tiwari D, Prasad N, Gupta A. Microbiology and outcomes of peritonitis in northern India. Perit Dial Int. 2014 Mar-Apr;34(2):188-94. doi: 10.3747/pdi.2012.00233.

ANEXOS

Anexo A

SERVIÇO DE DIÁLISE PERITONEAL DO HC DA FACULDADE DE MEDICINA BOTUCATU/SP (VISITA DOMICILIAR CONTINUADA)

Condições do material armazenado:			
() em local adequado () exposto ao sol () exposto a chuva () exposto a umidade			
() sobre estrado () direto no chão () em armário () mantido dentro das caixas			
() disposto de acordo com o controle de validade/ lote () encontrado material fora do prazo de validade			
() encontrado estoque de material em excesso. Caso positivo, quantas caixas?			
Como descarta o material após a diálise:			
() coloca o material plástico e o papelão juntos no lixo aberto			
() coloca o plástico num saquinho de supermercado e depois num saco preto, e separa o papelão para reciclagem			
() coloca o papelão e o plástico num saco preto			
() outros:			
Relacionado a paciente e moradores			
Número de pessoas que vivem na residência:			
() uma () duas () três a quatro () cinco pessoas ou mais			
Condições de higiene do paciente:			
() excelente () boas () ruins () péssimas			
Condições de higiene dos moradores:			

() excelente () boas () ruins () péssimas		
Quanto ao responsável pela troca das bolsas de diálise		
() paciente () familiares treinados pela equipe () cuidador que foi treinado pela equipe		
() pessoa que não foi treinada pela equipe		
Relacionado ao uso de medicamentos		
Medicações em uso:		
Relacionado a Diálise Peritoneal		
Durante a simulação da técnica de troca de bolsa, foi encontrada alguma falha?		
() sim () não () não visto o desenvolvimento da técnica		
Quais foram as falhas encontradas:		
Nos pacientes em DPA, qual a condição das cicladoras		
() limpa () suja () a prescrição na máquina está de acordo com a prescrição médica		
() a ultrafiltração está correta () outros:		
Quanto as anotações de controle diário em diálise peritoneal:		
() devidamente anotadas () anotadas esporadicamente () não anota () anotadas na		
cicladora,		
Quanto ao resultado da diálise		
()ótima () boa () razoável () ruim () péssima		
Quanto ao orifício de saída		
() limpo/seco () secreção: () serosa () sanguinolenta () purulenta		
() infecção: () aguda () crônica		
Quanto ao tratamento dialítico, o paciente tem alguma dúvida?		
() sim () não		

Qual?			
O visitador cor	nsidera que o local e os proc	edimentos encontrados conc	dizem com as orientações
dadas durante	o treinamento?		
() sim () r	าลือ		
Quais	as	falhas	encontradas?
Assinatura	dos responsáveis pela v	isita	

Anexo B

Termo de Aprovação - Comissão Nacional de Ética em Pesquisas

	TOLHA DE ROST	O PARA PESQUISA ENVOI	ssão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP VENDO SERES HUMANOS	
Projeto de Pesquisa: A VISITA DOMICILIAR.EM UM SERVIÇ	ÇÓ PÚBLICO ESPECI	IALIZADO EM DIÁLISE PER	ITONEAL	
2. Número de Participantes da Pesquisa	a: 80			
3. Área Temática:	•			
Área do Conhecimento: Grande Área 2. Ciências Biológicas , Gr	rande Área 4. Ciência:	s da Saúde		14
PESQUISADOR RESPONSÁVI	EL			
5. Nome: LAUDILENE CRISTINA REBELLO MAR	RINHO	ψ·		
6. CPF: 103.669.918-84	7. Endereço (Rua, i			
8. Nacionalidade:	9. Telefone:	10. Outro Telefone:	LUCIO casa BOTUCATU SAO PAULO 18603210)
BRASILEIRO	14997130795	10. Outro Telefone:	11. Email: laurebello18@gmail.com	
Data: 20 / 0	3 ,2018		Glavinho	
Data: 20 / 0	3,2010	Č	Glavino	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE	13. CNPJ:	Č	7	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE	13. CNPJ:	70019-53	Assinatura	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE 12. Nome: 13 aculdade de Medicina de Botucatu/UNE 15. Telefone: 14) 3811-6143 16 remo de Compromisso (do responsáve)	13. CNPJ: 48.031.918/ 16. Outro Telefone:	Nava que conhece e a l'	Assinatura 14. Unidade/Örgåo:	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE 12. Nome: 13. caculdade de Medicina de Botucatu/UNE 15. Telefone: 14) 3811-6143 Termo de Compromisso (do responsável Complementares e como esta instituição	13. CNPJ: 48.031,918/ 16. Outro Telefone: pela instituição): Dectem condições para o	slaro que conheço e cumprire desenvolvimento deste proj	Assinatura 14. Unidade/Örgåo:	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE 12. Nome: 13. caculdade de Medicina de Botucatu/UNE 15. Telefone: 14) 3811-6143 Termo de Compromisso (do responsável Complementares e como esta instituição	13. CNPJ: 48.031.918/ 16. Outro Telefone: pela instituição): Dectem condições para o	claro que conheço e cumprire o desenvolvimento deste proj	Assinatura 14. Unidade/Orgão: 14. Unidade/Orgão: 15. los requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas eto, autorizo sua execução.	
NSTITUIÇÃO PROPONENTE 12. Nome: 12. Nome: 13. Cuidade de Medicina de Botucatu/UNE 15. Telefone: 14) 3811-6143 14) 3811-6143 15) Formo de Compromisso (do responsável 20mplementares e como esta instituição 20mplementares e Prof. Adjunto Pa	13. CNPJ: 48.031.918/ 16. Outro Telefone: pela instituição): Dectem condições para o	claro que conheço e cumprire o desenvolvimento deste proj	Assinatura 14. Unidade/Orgão: 14. Unidade/Orgão: 15. los requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas eto, autorizo sua execução.	al Barrette
NSTITUIÇÃO PROPONENTE 12. Nome: *aculdade de Medicina de Botucatu/UNE 5. Telefone: 14) 3811-6143 *ermo de Compromisso (do responsável: Complementares e como esta instituição Prof. Adjunto Pa targo/Função: Diretor da Faculd 27. 03	13. CNPJ: 48.031.918/ 16. Outro Telefone: pela instituição): Dectem condições para o	claro que conheço e cumprire o desenvolvimento deste proj	Assinatura 14. Unidade/Órgão: 15. os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas etc., autorizo sua execução. 134.430.398-55	al Barretts

Anexo C Cronograma de Atividades do Projeto

2018	Atividades		
Março – Maio	Inserir projeto Plataforma Brasil; Encaminhamento para o CEP da FMB-UNESP; Envio Agência de Fomento à Pesquisa- FAPESP.		
	Revisão Bibliográfica nas bases de dados		
	Cursar disciplinas		
	Início coleta de dados		
Junho – Agosto	Cursar disciplinas		
	Finalizar coleta de dados		
Setembro- Dezembro	Cursar disciplinas		
2019	Atividades		
	Analise de dados		
	Apresentação de resultados parciais		
Março – Maio	Cursar disciplinas		
	Discussão Resultados		
	Cursar disciplinas		
Junho – Agosto	Elaboração de artigo de Revisão Integrativa de Literatura e submissão em revista Qualis CAPES B1 ou A2		
	Apresentação à banca para Exame de Qualificação		
	Atualização da literatura		
	Resultados finais/ Discussão dos Resultados		
Setembro - Dezembro	Conclusão/Considerações Finais		
	Entrega do relatório final		
	Formatação de um artigo com os resultados da pesquisa		
2020	Atividades		
	Apresentação da dissertação à banca examinadora		
Fevereiro	Encaminhamento do artigo para revista Qualis CAPES A1 ou A2 com os resultados finais e conclusão após as sugestões da Banca		

Anexo D

Protocolo de Pesquisa





ESCRITÓRIO DE APOIO À PESQUISA

Documento de Anuência Institucional

Em tendo cumprido as análises solicitadas pelo Fluxo Institucional de Projetos de Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, informamos que a proposta de pesquisa "A VISITA DOMICILIAR EM UM SERVIÇO PÚBLICO ESPECIALIZADO EM DIÁLISE PERITONEAL", protocolo 89/2018, que tem como autor principal "Laudilene Cristina Rebello Marinho" sob orientação de "Cassiana Mendes Bertoncello Fontes" está liberada para ser submetida ao Órgão de Ética da Instituição.

Atenciosamente

Prof. Adjunto Pasqual Barretti Diretor da Faculdade de Medicina

Botucatu, 27 de março de 2018

Documento gerado pelo SIPE. Unidade Responsável: EAP - Escritório de Apoio à Pesquisa Funcionário responsável: Cristina Maria Teixeira Fortes

89/2018

Faculdade de Medicina de Botucatu

Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - Bairro: UNESP - Campus de Botucatu

CEP 18618-687 - Botucatu - SP - Tel. 14 3880 1001

Anexo E Declaração do HCFMB

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP

DECLARAÇÃO DO HCFMB



DECLARO que tenho **CIÊNCIA e AUTORIZO** a realização do projeto de pesquisa intitulado: " A VISITA DOMICILIAR EM UM SERVIÇO PÚBLICO ESPECIALIZADO EM DIÁLISE PERITONEAL " a ser desenvolvido pelo: Mestrando - Laudilene Cristina Rebello Marinho orientado por Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, tendo como cenário da pesquisa o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), conforme descrito no projeto posteriormente à sua análise de custos e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

GARANTO o cumprimento da resolução 466/12 e suas complementares, além do total apoio institucional na execução deste projeto por meio da utilização de toda infraestrutura e serviços disponíveis do HCFMB.

Por ser verdade, firmo o presente.

Botucatu, 22 de Março de 2018.

Prof. Dr. André Luis Balbi Superintendente do HCFMB

Superintendência do Hospital das Clínicas Distrito de Rubião Junior, s/n | CEP 18618-970 Botucatu | São Paulo | Brasil Tel. (14) 3811-6215 | 3811-6218 | 3811-6100 | Fax. 3882-5387 www.hcfmb.unesp.br | hcbotu@fmb.unesp.br

SIPE 89-2018

ID: 148517



Anexo F Parecer do CEP



UNESP -FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: A VISITA DOMICILIAR EM UM SERVIÇO PÚBLICO ESPECIALIZADO EM DIÁLISE

PERITONEAL

Pesquisador: LAUDILENE CRISTINA REBELLO MARINHO

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 88076518.4.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.668.409

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado proposto pela discente Laudilene Cristina Rebello Marinho, sob orientação da Prof³ Drª Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, do Programa e Pós Graduação em Enfermagem. Os autores esclarecem no projeto que a Insuficiência Renal Crônica (IRC) resulta da deteriorização progressiva e irreversível da função renal. Os métodos de tratamento para IRC são: hemodiálise, diálise peritoneal (DP) ou transplante renal. A educação do paciente com insuficiência renal crônica começa assim que o diagnóstico é feito e nunca termina. Em alguns casos há acompanhamento em visitas domiciliares (VD). O objetivo da pesquisa é caracterizar as variáveis quantitativas e qualitativas utilizadas na VD a pacientes em DP manual ou automatizada, tendo como hipótese que a VD realizada pelo enfermeiro corrobora para assistência holística do paciente de forma a assegurar que receba e mantenha o tratamento proposto, assim como a garantia da qualidade do tratamento. Para isso é proposto um estudo quantitativo de coorte retrospectivo de análise dos documentos (fichas) preenchidos durante a VD a pacientes em diálise peritoneal no período de janeiro de 2015 a janeiro 2018. Os dados serão analisados estatisticamente com o objetivo de fazer inferências sobre déficit de autocuidado e capacidade para autocuidado. É proposto um número amostral de 80 pacientes. O cronograma proposto é adequado à nesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar as variáveis quantitativas e qualitativas utilizadas na VD a pacientes em DP manual ou

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970

UF: SP Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br