

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO EM  
ENFERMAGEM**

**Denise Rocha Raimundo Leone**

**Diálise Peritoneal no domicílio:  
aprimorando as habilidades para a  
realização do ritual terapêutico**

**Juiz de Fora**

**2016**

Denise Rocha Raimundo Leone

# **Diálise Peritoneal no domicílio: aprimorando as habilidades para a realização do ritual terapêutico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro.

**Juiz de Fora**

**2016**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Leone, Denise Rocha Raimundo.

Diálise peritoneal no domicílio : Aprimorando as habilidades para a realização do ritual terapêutico / Denise Rocha Raimundo Leone. - 2016.

178 p.

Orientadora: Edna Aparecida Barbosa de Castro  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Diálise peritoneal. 2. Autocuidado. 3. Habilidades sociais. 4. Destreza motora. 5. Enfermagem. I. Castro, Edna Aparecida Barbosa de, orient. II. Título.

Denise Rocha Raimundo Leone

# **Diálise Peritoneal no domicílio: aprimorando as habilidades para a realização do ritual terapêutico**

Aprovado em 16 de agosto de 2016

## BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Edna Aparecida Barbosa de Castro – Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Gláucia Valente Valadares – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Francisco Farah  
Universidade Federal de Juiz de Fora – 2<sup>a</sup> Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Frances Valéria Costa e Silva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Suplente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Silva Aguiar  
Universidade Federal de Juiz de Fora - Suplente

## DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa à minha família! O apoio e a compreensão de todos vocês, sobretudo entendendo minhas ausências, foram essenciais para que eu chegasse até aqui. Amo vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Nada mais merecido do que agradecer a vocês que foram tão importantes para que eu obtivesse esta conquista...

A Deus por me dar forças em todos os momentos, por jamais me deixar desistir e por ser minha referência nas aflições e esperança em dias melhores;

Meus pais, Geraldo e Telma, por me darem o maior presente que um Ser pode ganhar: a Vida. Seus exemplos de honestidade, superação e humildade, eu os levarei comigo para o resto da vida!

Ao meu esposo Wendell, pois você é um dos principais responsáveis por eu chegar aqui. Seu apoio incondicional e o reforço positivo em relação às minhas competências me encorajaram, a saber, exatamente, aonde eu pretendo chegar em minha carreira acadêmica;

Às minhas irmãs, Daiane e Karen. Daiane pelo exemplo de garra e vontade, a prova que o estudo sempre vence. E Karen pela simplicidade de viver o hoje;

À Professora Dra<sup>a</sup> Edna Aparecida Barbosa de Castro, minha orientadora e que orientadora! Muito obrigada por me aceitar como orientanda e me possibilitar tantos momentos de aprendizagem, seja na vida pessoal, seja na profissional. Sua compreensão, motivação e vontade de fazer uma Enfermagem melhor e com competência são e serão sempre exemplos para mim;

Às Professoras Dr<sup>a</sup>. Glaucia Valente Valadares, Dr<sup>a</sup>. Beatriz Francisco Farah; Dr<sup>a</sup>. Frances Valéria Costa e Silva e Dr<sup>a</sup> Aline Silva Aguiar. As considerações realizadas foram essenciais e contribuíram valiosamente para qualidade deste trabalho.

A todo o corpo docente do Mestrado em Enfermagem da UFJF, em especial à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Anna Maria de Oliveira Salimena, coordenadora do Programa de Mestrado, pelo aprendizado proporcionado e pela excelência nos trabalhos desenvolvidos!

À secretária do mestrado em enfermagem, Elisângela, pela ajuda e apoio durante esses dois anos.

Aos usuários do Serviço de diálise peritoneal do HU, que me permitiram adentrar em suas realidades e disponibilizaram tempo de suas vidas para a participação em minha pesquisa. Vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho!

Ao Enfermeiro Edson José de Carvalho Magacho pelas colaborações essenciais com a minha formação e pesquisa.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Autocuidado e Processo Educativo em Saúde e Enfermagem – GAPESE, por acompanharem a minha trajetória e pelas excelentes discussões proporcionadas nas reuniões;

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem – NUPEPE/UFMG, em especial às Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Roseni Rosângela e Sena e Kênia Lara Silva, pela possibilidade de ampliar meus conhecimentos sobre a atenção domiciliar.

À CAPES pela bolsa de auxílio à pesquisa.

Enfim, a todos, muito obrigada!!!

É exatamente disso que a vida é feita, de momentos. Momentos que temos que passar, momentos bons ou ruins para o nosso próprio aprendizado. Nada nessa vida é por acaso. Absolutamente nada. Por isso temos que nos preocupar em fazer a nossa parte, da melhor maneira possível.

Chico Xavier

## RESUMO

O objeto desta investigação foi o autocuidado terapêutico com o objetivo de compreender como as pessoas em tratamento pela diálise peritoneal domiciliar realizam as atividades de autocuidado terapêutico no domicílio, analisar as habilidades desenvolvidas por estas para a prática do procedimento, a fim de discutir as relações entre os usuários do Sistema Único de Saúde com os serviços de enfermagem, existentes na Rede de Atenção à Saúde e propor um modelo teórico substantivo que articule os achados desta pesquisa com o cuidado de enfermagem à luz da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, em duas etapas, com o método da Teoria Fundamentada nos Dados. A primeira, de março a junho de 2015, visou identificar os participantes. Foi realizada no Serviço de Nefrologia de um hospital público de ensino de Minas Gerais, no qual foram identificadas 34 pessoas e avaliadas quanto à operacionalização para o autocuidado, pela aplicação de questionário estruturado e da escala *Appraisal of Self Care Agency Scale Revised (ASA-R)*. A segunda etapa ocorreu de junho de 2015 a junho de 2016, incluindo 19 pessoas em diálise peritoneal, independentemente de terem ou não o autocuidado operacionalizado. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta, observação sistemática com registros do diário de campo, tanto na residência dos participantes quanto no Serviço de Nefrologia. Os participantes foram distribuídos em três grupos amostrais. No primeiro, incluíram-se dez pessoas, e, pela necessidade de se lançar mão de novas perguntas de pesquisa, conformou-se um segundo grupo amostral, com quatro pessoas. O terceiro grupo amostral, que visou à validação do modelo teórico substantivo, constituiu-se de nove pessoas, destas, quatro também participaram do primeiro grupo. Seguiu-se o critério de amostragem e saturação teórica. Para organização, codificação e interpretação dos dados empíricos, utilizou-se o programa OpenLogos®. A análise dos dados ocorreu mediante três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva. Emergiram dos dados as seguintes categorias Convivendo com a Diálise Peritoneal (DP); Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP; Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação; Ritual terapêutico: realização das atividades de autocuidado e Habilidades para o ritual terapêutico: o aprimoramento das habilidades da vida e motoras para o conviver com a DP, sendo esta a última a categoria central ao estudo. Durante todo o processo vivenciado pelos indivíduos que realizam a DP no domicílio como tratamento, percebeu-se que as habilidades cognitivas, sobretudo as habilidades de tomada de decisão, pensamento crítico e comunicação efetiva, associada à habilidade motora tornam-se imperativas para aqueles que querem realizar essa terapêutica. Desta forma, tem-se que a atuação do enfermeiro é determinante no processo de desenvolvimento e/ou aprimoramento nas habilidades para as atividades requeridas de autocuidado terapêutico e esta é fundamental para a promoção do bem-estar e do enfrentamento da diálise.

**Palavras-chave:** Diálise peritoneal. Autocuidado. Habilidades sociais. Destreza motora. Enfermagem.

## ABSTRACT

The object of this investigation was the therapeutic self-care in order to understand how people in treatment for home peritoneal dialysis perform the activities of therapeutic self-care at home, analyze the skills developed by them for the practice of the procedure, in order to discuss the relationship between users of the Unified Health System, with nursing services, existing in Health Care Network and propose a substantive theoretical model that articulates the findings of this survey with the nursing care in the light of Dorothea Orem nursing General Theory. We conducted a qualitative study in two stages, with the method of Data Grounded Theory. The first, from March to June 2015, aimed to identify the participants. It was held at the Nephrology Department of a public education hospital in Minas Gerais, in which 34 people have been identified and evaluated for operation for self-care, by applying a structured questionnaire and Appraisal of Self Care Agency Scale Revised (ASA-R). The second stage took place from June 2015 to June 2016 including 19 people on peritoneal dialysis, regardless of whether or not they operated self-care. Data were collected through open interviews, systematic observations with records of field diary, both in the residence of participants and in the Nephrology Service. The participants were divided into three sample groups. In the first there were included 10 people, and because of the need to explore new research questions, it was settled for a second sample group, with four people. The third sample group, which aimed at validating the substantive theoretical model, consisted of 09 people, from these four also participated in the first group. This was followed by sampling criterion and theoretical saturation. For the organization, coding and interpretation of empirical data it was used the OpenLogos® program. Data analysis was made through three types of coding: open, axial and selective. It emerged from the data the following categories: Living with Peritoneal Dialysis (PD); Performing PD at home and being inserted in the Network for Health Care of the Unified Health System (SUS); Using the occupation as a way to attenuate the association with PD; Adapting to the needs: a strategy of action and interaction; therapeutic ritual performing self-care activities and skills for therapeutic ritual: the improvement of life and motor skills to live with the PD, being the last one the central category in the study. Throughout the process experienced by individuals performing PD at home as treatment, we realized that cognitive abilities, particularly the decision-making skills, critical thinking and effective communication, associated with motor skill becomes imperative for those who want perform this therapy. Thus, it is taken that the nurse's role is crucial in the process for the development and / or improvement of the skills for the required activities of therapeutic self-care and this is fundamental for the promotion of well-being and coping dialysis.

**Keywords:** Peritoneal dialysis. Self-care. Social skills. Motor dexterity. Nursing.

## LISTA DE DIAGRAMAS

|   |            |
|---|------------|
| <b>Diagrama 1</b> - Convivendo com a Diálise Peritoneal.....  | <b>81</b>  |
| <b>Diagrama 2</b> - Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.....                 | <b>88</b>  |
| <b>Diagrama 3</b> - Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP.....  | <b>102</b> |
| <b>Diagrama 4</b> - Adaptações se fazem necessárias.....  | <b>109</b> |
| <b>Diagrama 5</b> - Ritual terapêutico: realizando as atividades de autocuidado.....  | <b>119</b> |
| <b>Diagrama 6</b> - Habilidades para o autocuidado terapêutico: o aprimoramento das habilidades da vida e motoras para conviver com a DP..... | <b>131</b> |
| <b>Diagrama 7</b> - Diálogo entre o modelo teórico substantivo e a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.....                           | <b>142</b> |

## LISTA DE FIGURAS

|                   |  |            |
|-------------------|--|------------|
| <b>FIGURA 1 -</b> | Estratificação da Doença Renal Crônica por taxa de filtração glomerular e presença de albuminúria..... | <b>28</b>  |
| <b>FIGURA 2 -</b> | Sistema básico explicativo para a teoria dos sistemas de enfermagem.....                               | <b>44</b>  |
| <b>FIGURA 3 -</b> | O processo da Teoria Fundamentada nos Dados.....   | <b>53</b>  |
| <b>FIGURA 4 -</b> | Modelo paradigmático do estudo com base nas recomendações de Strauss e Corbin (2008).....              | <b>79</b>  |
| <b>FIGURA 5 -</b> | Armário para guarda dos materiais da diálise.....  | <b>110</b> |
| <b>FIGURA 6 -</b> | Adaptação realizada no quarto e banheiro para conduzir a linha de drenagem até o esgoto.....           | <b>113</b> |
| <b>FIGURA 7 -</b> | Arranjo para utilizar a bolsa de fixação do cateter.....   | <b>121</b> |
| <b>FIGURA 8 -</b> | Bolsas para fixação do cateter de diálise peritoneal.....  | <b>122</b> |

## LISTA DE QUADROS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>QUADRO 1 -</b> Distribuição vertical do discurso com exemplo da extração de códigos e pré-análise..... | <b>77</b> |
|---|-----------|

## LISTA DE TABELAS

|                   |  |           |
|-------------------|--|-----------|
| <b>TABELA 1 -</b> | Distribuição de pacientes conforme tipo de diálise e fonte pagadora.....     | <b>29</b> |
| <b>TABELA 2 -</b> | Caracterização dos participantes do primeiro grupo amostral do estudo.....   | <b>64</b> |
| <b>TABELA 3 -</b> | Caracterização dos participantes do segundo grupo amostral do estudo.....    | <b>67</b> |
| <b>TABELA 4-</b>  | Caracterização dos participantes do terceiro grupo amostral do estudo.....   | <b>69</b> |
| <b>TABELA 5 -</b> | Dados sociodemográficos dos pacientes que realizam a diálise peritoneal..... | <b>74</b> |
| <b>TABELA 6 -</b> | Dados do tratamento dos pacientes que realizam diálise peritoneal.....       | <b>75</b> |
| <b>TABELA 7 -</b> | Distribuição de pacientes segundo a operacionalização do autocuidado.....    | <b>75</b> |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| AD1    | Modalidade de atenção domiciliar tipo 1                |
| AD2    | Modalidade de atenção domiciliar tipo 2                |
| AD3    | Modalidade de atenção domiciliar tipo 3                |
| COFEN  | Conselho Federal de Enfermagem                         |
| BIBAP  | Pressão Aérea Positiva por Dois Níveis                 |
| DRC    | Doença Renal Crônica                                   |
| DP     | Diálise Peritoneal                                     |
| DPA    | Diálise Peritoneal Automatizada                        |
| DPAC   | Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua               |
| DPI    | Diálise Peritoneal Intermitente                        |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares            |
| EMAD   | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar         |
| EMAP   | Equipe Multiprofissional de Apoio                      |
| HD     | Hemodiálise  |
| INEP   | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais |
| KDOQI  | Kidney Disease Outcomes Quality Initiative             |
| KDIGO  | Kidney Disease: Improving Global Outcomes              |
| NKF    | National Kidney Foundation                             |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                           |
| SAD    | Serviço de Atenção Domiciliar                          |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                 |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido             |
| TFD    | Teoria Fundamentada nos Dados                          |
| TFG    | Taxa de Filtração Glomerular                           |
| TRS    | Terapia Renal de Substitutiva                          |
| UBS    | Unidade Básica de Saúde                                |
| UF     | Ultrafiltração   |
| UFJF   | Universidade Federal de Juiz de Fora                   |
| UERJ   | Universidade do Estado do Rio de Janeiro               |

## SUMÁRIO

|              |   |           |
|--------------|---|-----------|
|              | <b>CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI</b>   | <b>19</b> |
| <b>1</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>25</b> |
| <b>2.1</b>   | OBJETIVO GERAL.....   | <b>25</b> |
| <b>2.2</b>   | OBJETIVO ESPECÍFICO.....  | <b>25</b> |
| <b>3</b>     | <b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>3.1</b>   | DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....   | <b>26</b> |
| <b>3.2</b>   | DIÁLISE PERITONEAL: UMA OPÇÃO PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA.....  | <b>30</b> |
| <b>3.3</b>   | HABILIDADES PARA A VIDA: PERSPECTIVA PARA OS PACIENTES E CUIDADORES QUE REALIZAM DP NO DOMICÍLIO.....                               | <b>33</b> |
| <b>3.4</b>   | ATENÇÃO DOMICILIAR.....   | <b>35</b> |
| <b>4</b>     | <b>APORTE TEÓRICO À COMPREENSÃO DO FENÔMENO: TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM</b> .....  | <b>37</b> |
| <b>4.1</b>   | A ESSÊNCIA DA TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....  | <b>37</b> |
| <b>4.1.1</b> | <b>A Teoria do Autocuidado</b> .....  | <b>39</b> |
| <b>4.1.2</b> | <b>A Teoria do Déficit do Autocuidado</b> .....   | <b>41</b> |
| <b>4.1.3</b> | <b>A Teoria dos Sistemas de Enfermagem</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>4.2</b>   | A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM E A SUA RELAÇÃO COM OS INDIVÍDUOS QUE REALIZAM A DIÁLISE PERITONEAL NO DOMICÍLIO..... | <b>45</b> |
| <b>5</b>     | <b>CAMINHOS METODOLÓGICOS E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO</b> .....   | <b>46</b> |
| <b>5.1</b>   | NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA.....  | <b>45</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Teoria Fundamentada nos Dados</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>5.2</b>   | CENÁRIO DA PESQUISA.....  | <b>54</b> |
| <b>5.3</b>   | TRABALHO DE CAMPO.....  | <b>57</b> |
| <b>5.3.1</b> | <b>Primeira Etapa</b> .....   | <b>58</b> |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 5.3.2     | <b>Segunda Etapa.....</b>  | <b>60</b>  |
| 5.4       | PARTICIPANTES DA PESQUISA: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CLÍNICAS.....   | 62         |
| 5.5       | ANÁLISE DOS DADOS.....   | 70         |
| 5.6       | CUIDADOS ÉTICOS NA PESQUISA.....   | 72         |
| 6         | <b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS.....</b>  | <b>73</b>  |
| 6.1       | DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL ACOMPANHADOS NO CENÁRIO PROPOSTO.....                                   | 73         |
| 6.2       | COMPREENDENDO AS DEMANDAS DE AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES EM DP: COM VISTA A DESENVOLVER UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS..  | 76         |
| 6.2.1     | <b>Codificação Aberta: Revelando os possíveis códigos.....</b>   | <b>76</b>  |
| 6.2.2     | <b>Codificação Axial: Reagrupando os dados empíricos.....</b>  | <b>77</b>  |
| 6.2.2.1   | <b>Convivendo com a diálise peritoneal.....</b>  | <b>80</b>  |
| 6.2.2.1.1 | <i>Superando os receios iniciais.....</i>  | 82         |
| 6.2.2.1.2 | <i>O dia a dia fazendo a Diálise Peritoneal.....</i>   | 83         |
| 6.2.2.2   | <b>Realizando a diálise peritoneal no domicílio e estando inserido na rede de atenção à saúde do sistema único de saúde.....</b>       | <b>87</b>  |
| 6.2.2.2.1 | <i>Não tendo resolubilidade na atenção primária e atenção domiciliar.....</i>  | 89         |
| 6.2.2.2.2 | <i>Tendo o serviço de nefrologia como principal vínculo.....</i>   | 93         |
| 6.2.2.2.3 | <i>Tendo incertezas e estresse na internação.....</i>  | 97         |
| 6.2.2.3   | <b>Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a diálise peritoneal.....</b>  | <b>100</b> |
| 6.2.2.3.1 | <i>A ocupação como provedora de sentir-se útil.....</i>  | 101        |
| 6.2.2.3.2 | <i>O cotidiano do trabalho ao realizar a DP no domicílio: considerando qual trabalho é possível associado à situação de saúde.....</i> | 104        |
| 6.2.2.4   | <b>Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação.....</b>   | <b>108</b> |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| 6.2.2.4.1 | <i>Adaptando a casa e/ou quarto para a realização do tratamento.....</i>                                  | 110 |
| 6.2.2.4.2 | <i>Adaptando as situações para melhor conviver com a diálise....</i>                                      | 115 |
| 6.2.2.5   | Ritual Terapêutico: realização das atividades de autocuidado..  | 117 |
| 6.2.2.5.1 | <i>Portando um cateter: cuidados e o conviver.....</i>  | 118 |
| 6.2.2.5.2 | <i>Tratamento não farmacológico: reconhecido como atividade de autocuidado.....</i>                       | 122 |
| 6.2.2.5.3 | <i>Fazendo a diálise peritoneal: o pré, o inter e o pós diálise.....</i>                                  | 125 |
| 7         | FORMANDO A CATEGORIA CENTRAL.....   | 130 |
| 8         | MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO.....   | 137 |
| 9         | O DIÁLOGO ENTRE O MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO E A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM.....         | 141 |
| 10        | CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 146 |
|           | REFERÊNCIAS.....  | 150 |
|           | ANEXO 1 - Escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil.....                         | 164 |
|           | APÊNDICE 1 – Instrumento de coleta de dados.....  | 165 |
|           | APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista .....  | 166 |
|           | APÊNDICE 3 – Modelo teórico substantivo apresentado aos participantes para validação teórica.....         | 167 |
|           | APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....  | 169 |
|           | APÊNDICE 5 - Declaração de autorização da diretora da Faculdade de Enfermagem.....                        | 171 |
|           | APÊNDICE 6 - Declaração de autorização da responsável técnica do serviço de enfermagem da nefrologia..... | 172 |
|           | APÊNDICE 7 - Declaração de autorização do chefe da nefrologia.....  | 173 |
|           | APÊNDICE 8 - Declaração de autorização do Superintendente do Hospital Universitário.....                  | 174 |
|           | APÊNDICE 09 - Códigos extraídos das entrevistas no processo de codificação aberta.....                    | 175 |

## **CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI**

Minha trajetória de formação profissional iniciou-se com o curso de graduação em enfermagem no ano de 2006, na mesma instituição onde curso o mestrado, a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A escolha da enfermagem como profissão fortaleceu-se pela convivência com familiares próximos que necessitavam de assistência especializada decorrente de doenças crônicas, o que me colocou em contato direto com formas de cuidado ofertadas, consolidando o meu interesse ao longo da formação.

O primeiro contato formal com a investigação nesta área de conhecimento foi mediado pela inserção em um projeto de iniciação científica que versava sobre a educação para o autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca congestiva. Na condição de bolsista entre os anos de 2008 e 2009, tive a oportunidade de sistematizar informações e adquirir conhecimentos que têm sido relevantes ao longo de minha trajetória profissional. Para além das questões próprias da doença e suas formas de enfrentamento, o projeto permitiu o desenvolvimento de habilidades específicas no campo da investigação científica em saúde e parte de seus resultados, apresentados em simpósios e congressos, foram tratados em meu trabalho de conclusão de curso.

Concomitantemente participei da Liga de prevenção das doenças renais – Pré-Renal. Como membro da liga, iniciei minha trajetória na área da nefrologia. Neste espaço, eram desenvolvidas atividades de pesquisa e extensão e estive inserida em dois projetos: “Liga cidades e prevenção da doença renal crônica em comunidades de Juiz de Fora”. A participação na liga fomentou meu interesse e buscas na área de nefrologia, contribuindo para tomada de decisão da escolha da residência de enfermagem.

Ao fim da graduação, meu olhar se voltou para as possibilidades de sedimentação do conhecimento em áreas específicas. Tendo delineado meu interesse na área de doenças crônicas, prestei processo seletivo para o Programa de Residência em Enfermagem Saúde do Adulto na UFJF e no de

Enfermagem em Nefrologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Fui aprovada nos dois processos seletivos e optei por realizar a residência em nefrologia por três motivos principais: a possibilidade de desenvolver habilidades em um campo de atuação relativamente novo para a enfermagem – enfermagem em nefrologia; a possibilidade de conhecer um novo hospital, outra forma de gerenciamento e ampliar minha vivência e, por fim, o contato prévio com a nefrologia em decorrência da participação da Liga Pré-Renal.

Na residência de enfermagem em nefrologia realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto -UERJ, que teve seu término em janeiro de 2013, tive oportunidade de prestar assistência ambulatorial e hospitalar a pacientes submetidos ao transplante renal, hemodiálise e diálise peritoneal. Nessa, adquiri conhecimentos especializados que influenciam a minha vida profissional e pessoal, no que se refere ao cuidado a pacientes, sobretudo aos que convivem com a doença renal.

Durante os dois anos da especialização, foram desenvolvidos trabalhos que versavam sobre a assistência de enfermagem aos portadores de doença renal, seus resultados foram apresentados em simpósios e congressos. Durante aquele período, pude perceber a carência em estudos realizados por enfermeiros nesse universo e, como havia inquietações presentes em mim que poderiam ser sanadas a partir de estudos, pensei em me inscrever para o mestrado.

Após um ano e meio de atividade profissional como instrutora em diabetes, realizei processo seletivo para o Mestrado em Enfermagem e tive a felicidade de ser aprovada. E hoje posso afirmar que cursar a Pós-Graduação *Stricto Sensu* me engrandeceu e me engrandece a cada dia, pois me permitiu crescer pessoal e profissionalmente através de todas as discussões e disciplinas que me confortaram em relação às minhas inquietações da enfermagem enquanto profissão. Além disso, proporcionou-me a oportunidade de aprofundar meu conhecimento sobre os principais aspectos relacionados ao cuidado em enfermagem, de forma a ampliar meu pensamento crítico em

saúde para subsidiar minha prática profissional em relação às demandas sociais, sobretudo daqueles que realizam a diálise peritoneal.

Então, após levantar perguntas de pesquisa e depois de idas, vindas e inquietações, minha orientadora e eu resolvemos continuar com o tema proposto para entrar no mestrado: “O autocuidado terapêutico em pessoas que realizavam a diálise peritoneal”, pois, para a realização desse procedimento, é necessário que a pessoa ou o seu cuidador desenvolva atividades de autocuidado que a possibilitem realizar adequadamente o tratamento dialítico. E, por vezes, a falta de ou pouca habilidade para o desenvolvimento do autocuidado terapêutico contraindicava a diálise peritoneal como tratamento para a doença renal crônica.

Diante do exposto, segue minha dissertação com a qual pretendo contribuir para o desenvolvimento da ciência da enfermagem, auxiliando nos processos de educação permanente do enfermeiro, no que se refere ao cuidado prestado à pessoa em diálise peritoneal.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação toma por objeto o autocuidado terapêutico de pessoas com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento de diálise peritoneal domiciliar. O foco são as habilidades e condições pessoais para a realização das atividades requeridas para o autocuidado no domicílio na ótica de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), tomando por base a Política Nacional de Atenção Domiciliar.

A motivação inicial para a presente investigação decorreu da vivência em Serviço de Diálise peritoneal (DP) ao longo de minha formação, na modalidade de residência de Enfermagem em Nefrologia. Durante aquele processo de formação profissional em serviço, percebi que era necessário para o paciente submetido à DP domiciliar desenvolver determinadas habilidades, visando garantir o resultado esperado pelo tratamento.

De modo sistemático, observei que alguns pacientes não apresentavam os requisitos de natureza pessoal, ambiental ou mesmo familiar necessários à realização desta terapia no domicílio, tornando-a contraindicada. Havia alguns com as habilidades inicialmente requeridas, mas que manifestavam dificuldades de adesão ao processo e, ainda outros, que, ao longo do tratamento, apresentavam processos infecciosos, como a peritonite, comprometendo o percurso dessa terapêutica.

O interesse pelo tema prosseguiu mediante a revisão preliminar da literatura, ao identificar que o trabalho do enfermeiro em serviços de diálise peritoneal pode ancorar-se na Teoria do Autocuidado de Doroteia Orem (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005). Porém essa abordagem teórica, por vezes, é desconhecida ou, se não, nem sempre é utilizada de modo sistemático na prática assistencial dos serviços, com número restrito de publicações acerca da temática.

Destaca-se, todavia, o “Estudo Documental (2006-2013) sobre o autocuidado do dia a dia do paciente com Enfermidade Renal Crônica”, que descreveu as atividades de autocuidado realizadas pelos pacientes com DRC no tratamento dialítico. Foram inclusos oito artigos, publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2006 a 2013, localizados nas seguintes bases

de dados: Elsevier Instituciones, Science Direct, Ciberindex, Nursing Ovid, Ebsco Host, Pubmed Scielo, Lilacs (ALGARRA; VASQUEZ; JERENA, 2013).

Nesse estudo documental, foram apontadas seis categorias emergentes relacionadas com o autocuidado terapêutico: 1) condição física; 2) comportamento nutricional; 3) lazer; 4) uso da terapia medicamentosa; 5) manutenção da fístula arteriovenosa e 6) atividades “empíricas” de autocuidado referidas pelos pacientes. Os resultados deste estudo demonstraram lacunas acerca de autocuidado terapêutico relacionado ao procedimento da diálise peritoneal domiciliar, objeto desta investigação (ALGARRA; VASQUEZ; JERENA, 2013).

A escassez de publicações foi enfatizada por Algarra, Vasquez e Jerena (2013), que ressaltam a necessidade de mais investigações para os avanços no conhecimento da área da enfermagem, de forma a fortalecer a assistência ao paciente e familiar; eliminar ou minimizar ao limite aceitável os eventos adversos e complicações secundárias ao tratamento dialítico que conta com o potencial de autocuidado terapêutico do paciente que convive com a DRC.

Este aspecto se evidenciou como uma primeira justificativa para a presente investigação. Além disso, o estudo justificou-se também pelos incisivos destaques no campo das políticas de saúde sobre a condição epidemiológica da DRC no cenário da atenção à saúde no SUS. Destacam-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, 2014a; MENDES, 2011).

Enfatiza-se, no conjunto de justificativas, a relevância da utilização do autocuidado, enquanto escopo teórico, para o processo de cuidar pela enfermagem, sobretudo com a teoria do autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem, já que se identifica a escassa produção de conhecimentos na área da enfermagem sobre o objeto proposto para esta investigação (OREM, 1995).

Diante do exposto, levantou-se a questão: Como os pacientes em tratamento de DRC por DP realizam o autocuidado terapêutico no domicílio?

Outras inquietações que desta decorreram foram: Como o paciente em DP lida com as demandas ambientais e condições pessoais necessárias ao autocuidado terapêutico? Quais são as habilidades requeridas para a realização do autocuidado no domicílio? Quais as relações com os serviços de enfermagem existentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS?

Cabe ressaltar que a enfermagem, enquanto ciência aplicada, apresenta como um de seus maiores desafios a compreensão de como intervir nos processos de cuidados de saúde que se dão fora dos ambientes institucionalizados, o que evidencia a importância dos cuidados no período pré, inter e pós-procedimento de DP (SANTOS, 2014; ARAUJO *et al.*, 2015).

Dessa forma, ressalta-se que conhecer o papel do enfermeiro na diálise peritoneal e como esses pacientes realizam a DP no domicílio tornou-se relevante para fortalecer a prática assistencial direcionada às necessidades de saúde desta população.

## 2 OBJETIVOS

A seguir, apresentam-se os objetivos geral e específicos desta investigação.

### 2.1 OBJETIVO GERAL:

Elaborar uma análise teórica substantiva sobre as demandas do autocuidado terapêutico desenvolvido por pessoas que realizam diálise peritoneal domiciliar no contexto das relações entre estas e os serviços de enfermagem existentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender como os pacientes em Diálise Peritoneal realizam o autocuidado terapêutico no domicílio;
- Analisar quais são as habilidades para a realização das atividades requeridas para o autocuidado no domicílio;
- Discutir a relação dos pacientes que realizam diálise peritoneal no domicílio com os serviços de enfermagem existentes na Rede de Atenção à Saúde do SUS.
- Propor um modelo teórico substantivo que articule os achados deste estudo com o cuidado de enfermagem à luz da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

### 3 REFERENCIAL TEMÁTICO

Considera-se o desenvolvimento de pesquisas científicas como uma estratégia importante para o fortalecimento da enfermagem como profissão, seja nas diversas especialidades ou nas generalidades (ERDMANN, 2009). Desta forma, fez-se necessário o aprofundamento, pelo presente estudo, dos conceitos de Doença Renal Crônica, Diálise Peritoneal, Atenção Domiciliar e Habilidades para a Vida, de forma a subsidiar os resultados e a compreensão dos mesmos.

#### 3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O perfil epidemiológico da população brasileira vem sofrendo alterações, principalmente a partir da segunda metade do século XX. No processo de transição demográfica existente, destaca-se a redução da taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas, sendo estas consideradas atualmente a maior carga de doenças no Brasil (VASCONCELOS; GOMES, 2012; MENDES, 2013).

No ano de 2007, no país, aproximadamente 72% dos óbitos foram atribuídos às doenças crônicas, dentre as quais podemos destacar as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, diabetes, câncer e doenças renais (SCHMIDT *et al.*, 2011).

A DRC é considerada um problema de saúde pública mundial, cuja incidência e prevalência seguem aumentando. Seu tratamento gera alto custo e complexidade, que implicam investimentos em tecnologias de ponta e qualificação profissional. Apesar de todos os avanços tecnológicos, o

prognóstico da DRC permanece ruim e a qualidade de vida também é afetada (CHAVES, 2002; SANCHO; DAIN, 2008; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011; ROMÃO JUNIOR, 2013).

A expectativa de vida dos indivíduos com DRC é reduzida pelos riscos aumentados de doença cardiovascular e esse ônus recai sobre o indivíduo e a sociedade (SIVIEIRO; MACHADO; RODRIGUES, 2013).

Por definição, a DRC consiste em anormalidades estruturais e/ou funcionais dos rins, com presença ou não de diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) por um período maior que três meses. Essa definição, associada à estratificação e avaliação da DRC, foi publicada pela *National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF-KDOQI) em 2002, sendo bem aceita e utilizada pela sociedade científica. Porém, recentemente, 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 (NATIONAL KIDNEY, 2002; NATIONAL KIDNEY, 2013; KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES, 2013).

Para efeitos clínicos e epidemiológicos, conforme mostra a Figura 01, essa doença foi classificada em estágios que variam de 01 a 05, sendo: Estágio 01 – caracterizado por lesão renal com função renal preservada, na qual a TFG se encontra igual ou acima de  $90 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ; No Estágio 02, o indivíduo apresenta insuficiência renal funcional ou leve e a TFG encontra-se entre  $89$  e  $60 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ; Estágio 03, também denominado fase de insuficiência renal laboratorial ou moderada, na qual a TFG se encontra entre  $59$  e  $30 \text{ mL/min/1,73m}^2$ . Devido aos diferentes desfechos e necessidades de saúde dos pacientes, houve uma divisão deste grupo em 3A (TFG entre  $59$  e  $45 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ) e 3B (TFG entre  $44$  e  $30 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ); Estágio 04 – grau em que a doença já está grave, a clínica já é evidente e a TFG se encontra entre  $29$  e  $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$ ; e, por fim, o Estágio 05, que é a fase mais avançada da doença, também denominada de insuficiência renal terminal ou dialítica, em que a TFG está compreendida abaixo de  $15 \text{ mL/min/1,73m}^2$  (NATIONAL KIDNEY, 2002; ROMÃO JUNIOR, 2004; KDIGO, 2013).

**Figura 1: Estratificação da DRC por taxa de filtração glomerular e presença de albuminúria, segundo a KDIGO, 2012.**

| Prognóstico da DRC por taxa de filtração glomerular e categoria de albuminúria |     |                                       |       | Albuminúria Persistente       |                            |                        |
|--|-----|---------------------------------------|-------|-------------------------------|----------------------------|------------------------|
|  |     |                                       |       | Descrição e Variação          |                            |                        |
|  |     |                                       |       | A1                            | A2                         | A3                     |
|  |     |                                       |       | Normal ou levemente aumentada | Moderadamente aumentada    | Severamente aumentada  |
|  |     |                                       |       | < 30mg/g<br><3mg/mmol         | 30-300mg/g<br><3-30mg/mmol | >300mg/g<br>>30mg/mmol |
| Categorias da TFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )<br>Descrição e variação         | G1  | Normal ou aumentado                   | ≥90   |                               |                            |                        |
|  | G2  | Levemente diminuído                   | 60-89 |                               |                            |                        |
|  | G3a | Levemente a moderadamente diminuído   | 45-59 |                               |                            |                        |
|  | G3b | Moderadamente a severamente diminuído | 30-44 |                               |                            |                        |
|  | G4  | Severamente aumentada                 | 15-29 |                               |                            |                        |
|  | G5  | Falência renal                        | <15   |                               |                            |                        |

Fonte: KDIGO (2012).

O tratamento é proposto de acordo com o estágio da DRC, e, devido à falta de sintomatologia nas fases iniciais, predominantemente, os pacientes procuram os serviços de saúde nas fases avançadas da doença (ABRAHAO *et al.*,2010).

No estágio 05 da DRC, a pessoa não consegue manter a homeostase do corpo, devido ao déficit renal, a ponto de ser incompatível com a vida. Desta forma, é necessária a utilização da hemodiálise (HD), da diálise peritoneal (DP) ou do transplante renal (ROMÃO JUNIOR, 2013).

Segundo o Registro Latino-Americano de Diálise e Transplante Renal (RLDTR), em 2010, havia, na América Latina, 358.978 indivíduos que realizavam uma das três terapias de substituição renal (HD, DP ou Transplante renal). Quando comparado a outros 19 países da América Latina, o Brasil está em primeiro lugar em relação ao total de pacientes, com 117.042 pacientes, seguido do México (109.546 pacientes) e da Argentina (31.399 pacientes) (PECOITS-FILHO, 2015).

Verificou-se o aumento do número de pacientes em diálise no Brasil. No ano de 2000, havia 42.695 pessoas em diálise; em 2010, eram 92.091; em 2011, somavam 91.314; já em 2012, existiam 97.586, e, em 2013, esse número passou a ser de 100.397 e em 2014 havia 112.04 pessoas em tratamento dialítico, o que representa um aumento de 3% ao ano da incidência e prevalência global (SESSO, 2014a; SESSO, 2014b; SESSO *et al.*, 2016).

No que se refere ao tipo de terapia renal substitutiva (TRS), conforme tabela 1, no Brasil, em junho de 2014, 91,4% dos indivíduos com DRC realizavam a HD como tratamento e apenas 8,6 % faziam a DP. Quanto à fonte pagadora, 84% dos tratamentos realizados eram pagos pelo SUS (SESSO *et al.*, 2016).

**Tabela 1. Distribuição de pacientes conforme tipo de diálise e fonte pagadora. Censo 2014.**

| Modalidade      | SUS<br>N (%)  | Não SUS<br>N (%) | Total<br>N (%) |
|-----------------|---------------|------------------|----------------|
| HD convencional | 33.676 (91,3) | 6.417 (85,0)     | 44.093 (90,3)  |
| HD diária       | 143 (0,3)     | 388 (5,0)        | 523 (1,1)      |
| CAPD            | 1.284 (3,1)   | 197 (2,1)        | 1.443 (3,0)    |
| DPA             | 2.137 (5,2)   | 728 (7,8)        | 2.729 (5,6)    |
| DPI             | 46 (0,1)      | 0 (0,0)          | 46 (0,1)       |
| Total           | 41.286 (100)  | 7.548 (100)      | 48.834 (100)   |

Fonte: SESSO *et al.* (2016).

Como já descrito anteriormente, os custos com o tratamento da DRC são elevados. Um estudo realizado no município de São Paulo, que analisou os custos com o tratamento de 16.891 indivíduos com DRC nos estágios quatro e cinco, entre os anos de 2008 a 2011, revelou que, nesses quatro anos, foram gastos R\$ 594.903.264,75. Destes, 89% (R\$ 533.839.404,20) correspondem ao tratamento hemodialítico e 11% (R\$ 61.063.860,67) ao tratamento realizado por diálise peritoneal (CRUZ; CUNHA; SOUZA, 2014).

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 (THOMÉ, 2011; SADALA *et al.*, 2012; BRANCO, 2013).

A dimensão desses significados e dos efeitos vai além do biológico, ela é identitária e sociocultural. O ser humano com uma doença crônica terá que se reconstruir, e é o referencial cultural de cada um que vai ajudá-lo a se posicionar-se como uma pessoa sadia ou doente (THOMÉ, 2011, p. 21).

Desta forma, apreende-se que 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. Assim, 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 (SADALA *et al.*, 2012; BRANCO, 2013).

Por conseguinte, torna-se essencial a atuação do enfermeiro no processo de enfrentamento vivenciado por aqueles que realizam o procedimento dialítico no domicílio.

### 3.2 DIÁLISE PERITONEAL: UMA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA A DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DP é um tipo de terapia renal substitutiva utilizada no tratamento da DRC com necessidade dialítica, que utiliza a membrana do peritônio, que é semipermeável, e as soluções de diálise na cavidade peritoneal para a depuração do sangue através do transporte de solutos (BLAKE; DAUGIRDAS, 2010; MANFREDI *et al.*, 2011; HOFFMAN, 2011; VIEIRA NETO; DANTAS, 2013).

A tentativa de utilização de membrana mesotelial natural dos mamíferos para substituir a função renal data de 3.000 a.C., porém somente durante a Segunda Guerra Mundial que os americanos Fine, Frank e Seligman utilizaram a DP como tratamento para 101 pacientes após instauração da

insuficiência renal aguda. Destes, 32 pacientes sobreviveram, o que consagrou a DP como prática médica (RASPANTI, 2013a).

Em 1976, o conceito de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) foi apresentado pela primeira vez. O uso da CAPD como TRS apresentou um rápido crescimento na década de 1980, nos Estados Unidos. Este se deu logo após o desenvolvimento dos cateteres permanentes e das bolsas plásticas esterilizáveis e descartáveis para o uso na diálise peritoneal (HOFFMAN, 2011).

Posteriormente, na década de 1990, com o desenvolvimento das cicladoras automatizadas, verificou-se o aumento do número de pacientes que utilizavam essa terapia (HOFFMAN, 2011). Atualmente essa terapia é subutilizada no Brasil quando comparada à hemodiálise. Segundo o censo brasileiro de nefrologia, no ano de 2013, apenas 9,2% dos tratamentos dialíticos eram por diálise peritoneal (SESSO *et al.*, 2014a).

Na América Latina, a prevalência da utilização da DP como tratamento da DRC é maior quando comparada à hemodiálise em apenas dois países: El Salvador (DP corresponde a 67,6% da TRS) e México (DP corresponde a 55,9% da TRS) (PECOITS-FILHO; 2015).

A DP abrange três modalidades, são elas: diálise peritoneal automatizada (DPA), a mais utilizada atualmente no país; diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) e diálise peritoneal intermitente (DPI) (BLAKE; SANCHO; DAIN, 2008; DAUGIRDAS, 2010; SESSO *et al.*, 2014a).

Na CAPD, a troca do fluido dialítico é realizada manualmente pelo próprio paciente ou seu cuidador. Nesta, há utilização da força da gravidade para drenar e infundir a solução da diálise na cavidade abdominal. Geralmente esse processo é realizado de quatro a cinco vezes por dia (HOFFMAN, 2011; MANFREDI *et al.*, 2011).

Já na DPA, existe uma máquina denominada cicladora que realiza a troca automática de fluidos do ambiente intraperitoneal para o extraperitoneal. A cicladora apresenta um aquecedor que acalora e mantém a solução de diálise em temperatura adequada, além de alarmes que são disparados sempre que acontece uma anormalidade no processo. Nesse caso, são realizadas de três a dez trocas durante a noite (HOFFMAN, 2011; MANFREDI *et al.*, 2011).

A DPI é uma forma de DP realizada em hospitais ou clínicas satélites, destinada aos pacientes em injúria renal aguda ou para aqueles que não possuem condições de efetuar o tratamento em domicílio. A DPI é realizada pela equipe de enfermagem e por meio da troca manual ou da cicladora (HOFFMAN, 2011).

As duas primeiras modalidades de DP podem ser realizadas em domicílio após treinamento do paciente e/ou cuidador para a realização da técnica (SANCHO; DAIN, 2008; BLAKE; DAUGIRDAS, 2010; SESSO *et al.*, 2014a).

A DP domiciliar apresenta benefícios ao paciente, principalmente aos idosos, crianças, pessoas com dificuldade de locomoção e aos pacientes dependentes, pois é um tratamento realizado em domicílio e não existe a necessidade de deslocamento destes para o centro de diálise. Além disso, as variações hemodinâmicas são menores em relação à hemodiálise, pois o tratamento geralmente é realizado todos os dias e dispensa o acesso vascular, que muitas das vezes pode ser uma preocupação. Destaca-se que esta terapia preserva a função renal residual por mais tempo, importante fator de prognóstico para a clientela em diálise (BROWN, 2011; FRANCO, 2013).

Além disso, quando comparado à qualidade de vida, percebemos que a DP é tão eficiente quanto a HD. Em um estudo de revisão publicado em 2015, que analisou as publicações relacionadas a esta temática na última década, em 11 países, a DP se mostrou mais favorável para a qualidade de vida em sete deles, nos outros quatro, não houve diferenças entre a HD e a DP. No que se relaciona à mensuração da dor, tem-se que esta é menor nos pacientes em DP quando comparados aos da HD (BROWN, 2010; MORAES, 2015; RAMOS *et al.*, 2015).

Contudo, para a realização dessa terapia, no caso de o paciente ou o seu cuidador não respeitarem alguns requisitos indispensáveis para a sua realização, esta pode apresentar riscos à saúde, como, por exemplo, o desenvolvimento de um processo infeccioso do peritônio, denominado peritonite. Dentre os requisitos indispensáveis citados anteriormente, destacam-se: as condições de moradia, minimamente adequadas, limpeza e antisepsia do ambiente, motivação em realizar essa terapia, além do domínio da técnica pelos pacientes (ABRAHAO *et al.*, 2010).

Desta forma, pode-se inferir que “o sucesso do tratamento depende, principalmente, do paciente ou de seu cuidador, que precisam manter o tratamento e seguir as instruções sobre os vários aspectos clínicos e técnicos dessa modalidade terapêutica” (RASPANTI; NAKAGAWA; CHIOSI, 2013, p.45).

Destarte, para a viabilidade do tratamento pela DP domiciliar, faz-se necessário que o paciente ou o seu cuidador assuma o autocuidado terapêutico e para isso é essencial que desenvolvam habilidades. O enfermeiro atua nesse processo por meio de ações sistemáticas de orientação, ensino do autocuidado, com apoio e acompanhamento do treinamento, sobretudo das habilidades de natureza técnica e fortalecimento de outras de natureza emocional.

Além disso, o enfermeiro é responsável pela avaliação de enfermagem feita junto aos indivíduos que realizam a DP. Essa avaliação diz respeito aos aspectos fisiopatológicos, sociais, emocionais, destacando-se o desejo do paciente em realizar a DP, a destreza manual, a capacidade para realizar o autocuidado, as condições domiciliares, o histórico de cirurgias abdominais, além da disciplina, motivação e habilidades para realizar os procedimentos dialíticos (RASPANTI; NAKAGAWA; CHIOSI, 2013; BRANCO, 2015).

Além da avaliação, o enfermeiro do serviço de DP também é responsável pela educação terapêutica, que visa à capacitação dos pacientes e/ou seus cuidadores para a realização do procedimento dialítico no domicílio.

### 3.3 HABILIDADES PARA VIDA: PERSPECTIVA PARA OS PACIENTES E CUIDADORES QUE REALIZAM DP NO DOMICÍLIO

Com o objetivo de compreender quais são as habilidades requeridas pelos indivíduos que realizam a DP no domicílio, torna-se imprescindível fomentar a discussão acerca destas e seu conceito.

Segundo Chiavenato (2010, p.52), o termo habilidades refere-se ao “saber fazer. Significa utilizar e aplicar o conhecimento, seja para resolver

problemas ou situações ou criar e inovar. Em outras palavras, habilidade é a transformação do conhecimento em resultado” (BRASIL, 2000a).

Entende-se, portanto que é por meio das habilidades que as competências são colocadas em ação de maneira eficiente e eficaz. Estas resultam das competências adquiridas e referem-se ao “saber fazer”. “Por meio das ações e operações, as habilidades aperfeiçoam-se e articulam-se, possibilitando nova reorganização das competências” (BRASIL, 2000a, p.5).

Dessa forma, podemos inferir que, a partir dos conhecimentos oriundos da educação terapêutica para realização da DP no domicílio, as pessoas em DP ou seus cuidadores, ao realizarem o procedimento dialítico, “fazem o que sabem”, ou seja, lançam mão das habilidades requeridas, aprendidas para esse processo.

Para a análise nesta dissertação, tomou-se como referência o Programa das Habilidades para a Vida, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciado em 1993, que visa às ações de promoção da saúde. O referido programa propõe o desenvolvimento de determinadas habilidades como uma estratégia para reduzir os comportamentos de riscos por adolescentes, além de aumentar os cuidados com a saúde física e mental destes (OMS, 1997; PAIVA; RODRIGUES, 2008; ARAYA; CAMPOS, 2014).

Adotou-se a concepção de habilidades para a vida, acreditando-se que, ao estimular o desenvolvimento de tais habilidades nos adolescentes, possibilitar-se-ia o desenvolvimento humano e intelectual para a sobrevivência básica. Dentre as habilidades requeridas para a resolução de problemas estão as sociocognitivas e as emocionais (OPAS, 2001).

Entende-se que as habilidades para a vida descritas pela OMS naquele programa incluem aquelas a serem desenvolvidas pelos indivíduos que realizam a DP, pois elas contemplam o ser humano de maneira integral, objetivando prepará-lo para o enfrentamento de problemas, que podem surgir durante o tratamento dialítico.

Naquele programa, as habilidades para vida visam permitir que os adolescentes adquiram atitudes necessárias para o desenvolvimento humano e enfrentamento efetivo dos desafios diários. É um total de dez habilidades: autoconhecimento; empatia; comunicação efetiva; relações interpessoais; tomada de decisão; solução de problemas; pensamento criativo; manejo das

emoções e sentimentos, pensamento crítico e manejo das tensões e estresse (OPAS, 2001).

E estas foram divididas em três conjuntos de habilidades:

1) Habilidades sociais e interpessoais (incluindo as habilidades de comunicação, recusa e empatia), 2) Habilidades cognitivas (incluindo a tomada de decisão, pensamento crítico e autoconhecimento) e 3) Habilidades para o manejo das emoções (incluindo o aumento do estresse e o controle interno) (OPAS, 2001, p.19).

Associadas às habilidades para a vida, acrescentamos as habilidades motoras, pois estas estão descritas no *Guideline da International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD)* de treinamento do paciente para a diálise peritoneal como uma habilidade a ser ensinada ao responsável do procedimento dialítico, assim como o aprendizado de conceitos (BERNARDINI; PRICE; FIGUEIREDO, 2006).

Diante do exposto, ao buscarmos compreender como os pacientes realizam a diálise peritoneal no domicílio, visaremos identificar as habilidades para a realização das atividades requeridas para o autocuidado no domicílio, de forma a elucidar esse conhecimento para a enfermagem.

### 3.4 ATENÇÃO DOMICILIAR

A DP é contemplada pela Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na modalidade de Atenção Domiciliar tipo 3 ou AD3. 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. É considerado substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou atendimento ambulatorial e apresenta duas equipes para atendimento a essa clientela, são elas as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

A atenção domiciliar é organizada em três modalidades, a saber: 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, como exemplo aqueles pacientes que precisam de monitorização frequente dos sinais vitais ou estão em processo de adaptação de ostomias e/ou sondas (BRASIL, 2016).

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 (BRASIL, 2016).

Os pacientes cadastrados no SAD e classificados como AD3 devem receber visitas domiciliares semanais da EMAD. Esta equipe deve ser constituída por, no mínimo, um profissional das categorias descritas a seguir: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Já a EMAP é constituída por pelos menos três profissionais de nível superior descritos a seguir: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2016).

As visitas domiciliares realizadas aos indivíduos que realizam a DP no domicílio devem visar, entre tantas outras ações demandadas pelo paciente, ao auxílio no processo de empoderamento deste e/ou do seu cuidador em relação ao tratamento, ajudando nas fragilidades apresentadas.

## 4 APORTE TEÓRICO À COMPREENSÃO DO FENÔMENO: TEORIA DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

### 4.1 A ESSÊNCIA DA TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

Na busca de um referencial de enfermagem que compreendesse as habilidades desenvolvidas pelos indivíduos que realizam a DP para manutenção da vida, foi imperativa a utilização da Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem para subsidiar as reflexões acerca do cuidado de enfermagem a ser prestado a esses pacientes.

A Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem tem sido abordada em diversos estudos realizados com pacientes que apresentam o diagnóstico de doença renal crônica, o que demonstra a pertinência da utilização dessa teoria como referencial teórico para esta dissertação (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005; SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011; SAMPAIO; GUEDES, 2012; RAIMONDO *et al.*, 2012; CALDERAN *et al.*, 2013; BRANCO; LISBOA, 2015).

Queirós, Vidinha e Filho (2014) afirmam que a Teoria de Enfermagem da Dorothea Orem tem grande utilidade na prática clínica, do ensino e na gestão da enfermagem e que a abordagem desta possibilita a expansão da enfermagem como ciência.

Para discorrer acerca da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, torna-se necessário apresentar os metapadadigmas que a sustentam. A seguir serão descritos os quatro conceitos principais da Teoria: Seres humanos; Enfermagem; Sociedade e Saúde.

Segundo Orem (1995), 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 trazer benefícios a si e para os outros. Estas características diferenciam os seres humanos de outros seres vivos.

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 (OREM,1995; GEORGE, 2000).

O ambiente é entendido como todos os fatores, sejam físicos, químicos, biológicos e sociais que influenciam e é influenciado pela pessoa (OREM,1995).

A definição de saúde para Orem vai ao encontro da Organização Mundial da Saúde, pois a considera como estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Para ela, os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no ser humano (OREM,1995; GEORGE, 2000).

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) (OREM, 1995; GEORGE, 2000).

Dorothea Orem (1995, p.7) conceitua enfermagem 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”.

A enfermagem é necessária quando o adulto é incapaz de manter a continuidade, qualidade e quantidade de autocuidado terapêutico necessário à manutenção da vida, na superação da doença ou no enfrentamento desta. Para as crianças, a enfermagem torna-se imperativa quando os pais ou responsáveis por ela não são incapazes de prover o cuidado a esta de forma contínua e com a quantidade e qualidade necessárias (OREM, 1995).

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. Sendo assim, a enfermagem é tida como um serviço necessário e desejado nas comunidades (OREM, 1995; GEORGE, 2000).

Após apresentar os metaparadigmas da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem e suas concepções, é possível discorrer sobre a mesma. Salienta-se que esta é um constructo teórico derivado por meio de três teorias, apresentadas a seguir, que são distintas e interligadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

#### **4.1.1 A Teoria do Autocuidado**

O conceito de autocuidado surgiu em 1959, quando Dorothea Orem atuava como consultora do *Office of Education, Department of Health, Education and Welfare* e participou de um projeto para melhoria do treinamento prático para a enfermagem, quando considerou a reflexão sobre a seguinte questão: “que condição apresenta uma pessoa quando esta ou outros determinam que ela deva estar sob os cuidados de enfermagem?” A resposta a essa questão progrediu para o conceito de enfermagem do autocuidado, no qual os indivíduos que não são capazes de cuidar de si necessitam da assistência de enfermagem e aqueles em condições para tanto realizam o seu próprio cuidado (FOSTER; BENETT, 2000; SILVA *et al.*, 2014).

O paciente que realiza a DP no domicílio executa atividades prescritas para efetivação do tratamento dialítico, sendo assim, o mesmo efetua atividades de autocuidado.

A teoria do autocuidado engloba alguns conceitos necessários ao seu entendimento, são eles: o autocuidado, as ações de autocuidado, as exigências terapêuticas e os requisitos para o autocuidado (SANTOS; SARAT, 2008).

O autocuidado “é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu favor, na manutenção da vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1995, p.104). As ações de autocuidado, denominadas por Orem como agência

do autocuidado, são “o poder e a capacidade para engajar-se no 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” (OREM, 1995, p.10; FOSTER; BENNETTI; 2000).

Já as exigências terapêuticas são definidas como ações dos próprios indivíduos para cuidar de si que devem ser realizadas durante um tempo específico para atender os requisitos do autocuidado. Esses podem ser Requisitos Universais - englobam todos os processos necessários para a integridade do corpo, como respirar, comer; Requisitos Desenvolvimentais – aqueles voltados para o desenvolvimento do indivíduo, que mudam de acordo com os diferentes estágios da vida; e 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. Nesses casos, geralmente estão focadas as intervenções de enfermagem e demandam o autocuidado terapêutico (OREM, 1995).

Segundo Orem (1995, p. 201-202), são seis as categorias de requisitos de autocuidado de desvio de saúde:

1. Buscar e garantir assistência médica apropriada em casos que podem comprometer a saúde como a exposição a agentes biológicos ou a condições físicas, ambientais, genéticas e/ou psicológicas que podem estar associadas a patologias humanas.
2. Estar consciente em relação aos efeitos e resultados da condição patológica.
3. Realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas, direcionadas à prevenção, recuperação e controle de determinados tipos de patologia.
4. Ter conhecimento, observar e regular os efeitos colaterais e desconfortáveis provenientes das medidas de tratamento médico, incluindo os efeitos sobre o desenvolvimento.
5. Aceitar e adaptar-se positivamente às suas adversidades de saúde e conseqüentemente aderir às formas específicas de atendimento.
6. Aprender a viver com os efeitos das suas condições patológicas, promovendo o desenvolvimento pessoal de forma sistemática e contínua.

A demanda de autocuidado terapêutico trata da especificação dos tipos e números de cuidados que são conhecidos ou prescritos para manutenção da vida dentro de algum período de tempo e, para prescrevê-lo, exige-se uma investigação e um entendimento sobre os requisitos do cuidado e o que pode ser feito para atingi-los (OREM, 1995).

Na Teoria do Autocuidado, quando a demanda de autocuidado terapêutico ultrapassa a capacidade de realizar ações de autocuidado do indivíduo, tem-se, então, o déficit de autocuidado no qual a atuação da enfermagem faz-se necessária (SANTOS; SARAT, 2008).

Nesta dissertação, o foco é a demanda de autocuidado terapêutico e os requisitos de autocuidado terapêutico visto que os indivíduos que fazem DP domiciliar realizam atividades prescritas por profissionais de saúde para a manutenção da vida.

#### **4.1.2 A Teoria do Déficit do Autocuidado**

A Teoria do Déficit do Autocuidado (teoria central) apresenta três conjuntos de sentenças. O primeiro conjunto de sentenças (Set 1) aborda os fatos, ocorrências e circunstâncias observadas e/ou observáveis na sociedade em situações de vida para qual a teoria foi concebida. O segundo conjunto de sentenças (Set 2) expressa a ideia central da teoria. Já o terceiro conjunto (Set 3) promulga um resumo acerca dos modelos e materiais nos quais a ideia central foi baseada (OREM, 1995).

O Set 1 foi expresso em três partes. Na primeira parte, está relatado que as pessoas adultas têm desenvolvido competências e capacidades para atender suas próprias necessidades de cuidados. Essas necessidades são reguladoras do seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Elas são ainda responsáveis pelas atividades de funcionamento e desenvolvimento daqueles que dependem de seus cuidados. Orem afirma, ainda, que “o poder e a capacidade para engajar-se no autocuidado é denominado agência do autocuidado” (OREM, 1995, p.10).

Na segunda parte do Set 1, Orem afirma que as enfermeiras projetam, produzem e gerenciam os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade daqueles que precisam de cuidados. Já na terceira parte desse Set, ressalta-se que existem meios que trazem as pessoas que necessitam de enfermagem para relacionar-se com as enfermeiras que irão projetar, produzir e realizar os cuidados de acordo com as necessidades emergentes desses indivíduos (OREM, 1995).

O Set 2 se refere ao fato de que todos os sistemas de cuidados de enfermagem são concebidos e produzidos por enfermeiros para e com os indivíduos que apresentam limitações quanto às ações de saúde de forma a satisfazer os requisitos do seu autocuidado e do autocuidado dos seus dependentes, realizando assim os componentes de sua demanda terapêutica.

Os enfermeiros interagem com, atendem e buscam informações das pessoas relacionadas ao autocuidado ou ao déficit do autocuidado. E é por meio da atuação da enfermagem, e em colaboração com as pessoas para quem as ações são fornecidas pelos sistemas de cuidado, que as enfermeiras visam conceber, produzir e gerenciar os requisitos de autocuidado, os métodos de ajuda e serem fornecidos aos pacientes, que dependem da totalidade do cuidado realizado e o período de tempo (OREM, 1995).

O Set 3 descreve que a teoria do déficit do autocuidado é reconhecida como uma forma explicativa de como a enfermagem é e como ela deveria ser. Nessa teoria, Orem explica quando o cuidado de enfermagem é necessário, diferente da teoria do autocuidado em que ela explica o conceito do autocuidado e os fatores que interferem nele (FOSTER; BENNETTI; 2000).

A enfermagem é exigida quando uma pessoa não consegue satisfazer as suas demandas de autocuidado, pois a habilidade para satisfazer essas demandas está aquém das exigidas, ou seja, nos casos em que o indivíduo é incapaz ou tem limitações para prover seu autocuidado de maneira eficaz e contínua (OREM, 1995; FOSTER; BENNETTI; 2000).

Nesse caso, foram identificados cinco métodos de ajuda que podem ser realizados pela enfermagem: 1- agir ou fazer para o outro; 2- guiar ou orientar outrem; 3- proporcionar apoio físico e psicológico; 4- propiciar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e 5- ensinar o outro (OREM, 1995; FOSTER; BENNETTI; 2000).

Para avaliação da capacidade do autocuidado que determinará se o indivíduo necessita ou não da assistência de enfermagem, Evers *et al.* (1989) desenvolveram a escala *Appraisal of Self Care Agency Scale (ASA)*, que utilizou dos conceitos adotados na Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem para sua construção.

Para Orem (1995), o termo capacidade para o autocuidado se refere à capacidade da pessoa para realizar por si e para si as atividades de autocuidado, e a estrutura deste conceito engloba três elementos: disposições e capacidades fundamentais: capacidades básicas, as quais as pessoas precisam desenvolver para aprender ou realizar atividades; componentes do poder: capacidade das pessoas de raciocinar, aprender e executar atividades aprendidas; operações de autocuidado: significa que as pessoas estão preparadas para realização do autocuidado (SILVA *et al.*, 2014).

O indivíduo que não apresenta capacidade para o autocuidado necessita que o enfermeiro ou um responsável realize as atividades relacionadas ao procedimento dialítico. Sendo assim, nos casos em que o tratamento é realizado no domicílio, torna-se imperativa a presença de um cuidador.

#### **4.1.3 A Teoria dos Sistemas de Enfermagem**

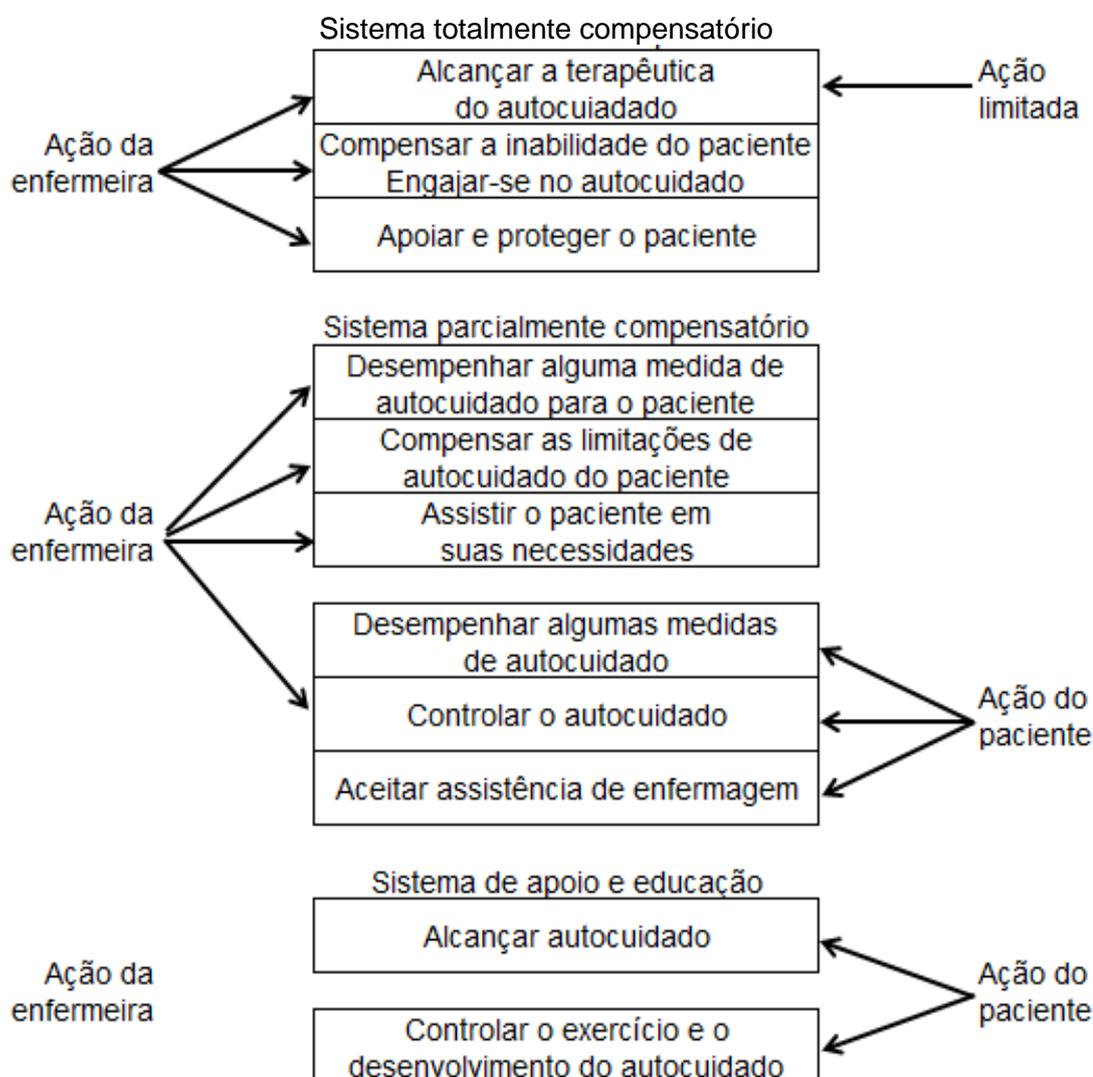
A teoria dos sistemas de enfermagem se baseia nas necessidades de autocuidado e na capacidade dos indivíduos em realizar as atividades de autocuidado. Se houver déficit de autocuidado, a enfermagem é demandada e oferta assistência aos indivíduos de acordo com a classificação dos sistemas de enfermagem, sendo eles:

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 (OREM, 1995; FOSTER; BENETT, 2000; SILVA *et al.* , 2014).

Para simplificar a explicação desta teoria, Orem desenvolveu um sistema básico que está sendo utilizado no livro Teoria de Enfermagem (FOSTER; BENETT, 2000, p.88), após autorização da mesma. Segue o esquema explicativo.

**Figura 2: Sistema básico explicativo para a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.**



Fonte: FOSTER; BENETT, 2000, p. 88.

Diante do exposto, podemos apreender que as ações de enfermagem são direcionadas às necessidades dos indivíduos e à sua capacidade de desenvolver o autocuidado. Nesta dissertação, ao compreender as demandas de autocuidado terapêutico e as ações realizadas pelos entrevistados, teremos como analisar qual(is) o(s) Sistema(s) de Enfermagem é(são) compreendido(s) no cuidado de enfermagem pelos pacientes que realizam a DP domiciliar como tratamento para a DRC.

#### 4.2 A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM E SUA RELAÇÃO COM OS INDIVÍDUOS QUE REALIZAM A DIÁLISE PERITONEAL NO DOMICÍLIO

Como referido anteriormente, para a realização da DP domiciliar, aspectos como local de realização, limpeza, lavagem das mãos, nível cognitivo, habilidade motora e capacidade para o autocuidado devem ser observados e analisados antes de sua realização (ABRAHAO, 2010; RASPANTI; NAKAGAWA; CHIOSI, 2013).

Deve-se estimular o autocuidado, verificando quais são as potencialidades e fragilidades para traçar um plano de cuidados individualizado para cada paciente. “O indivíduo está em constante balanço entre suas habilidades de atingir o autocuidado e as demandas que são feitas nestas habilidades do autocuidado” (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005, p.199).

Sabe-se que o sucesso do tratamento das doenças crônicas depende muito mais do indivíduo ativo e conscientizado acerca de sua condição de saúde do que das atividades prescritivas por profissionais de saúde (BRASIL, 2013b). E, no desenvolvimento da capacidade para o autocuidado, o enfermeiro deve promover competências e habilidades nos indivíduos, suas famílias e comunidade para tomadas de decisões e modificação de condutas que promovam a qualidade de vida, a fim de que esses assumam seu autocuidado com independência (FERNÁNDEZ; ABRIL, 2009).

Portanto, o enfermeiro deve apoiar os pacientes no desenvolvimento de seu autocuidado de forma a gerenciar sua terapia de maneira segura e eficaz. Caso o paciente não seja capaz de realizar seu autocuidado e tenha algum familiar que o faça, a enfermagem deve estimular o apoio e realização pelo cuidador.

## **5 CAMINHO METODOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO**

Esta pesquisa se insere na linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestrado em Enfermagem.

### **5.1 NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM METODOLÓGICA**

Para a compreensão dos objetivos propostos, fez-se necessária a realização de um estudo com metodologia qualitativa, haja vista que os “métodos qualitativos podem ser usados para obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.24).

No campo da pesquisa com abordagem qualitativa de pesquisa, a Teoria Fundamentada nos Dados foi escolhida como metodologia, pois nesta é por meio da ida ao campo que se apropria dos dados coletados, sem nenhuma hipótese preconcebida, para fundar uma teoria e que, por essa razão, reflete melhor a realidade a ser pesquisada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Segundo Charmaz (2009, p.24), “a teoria fundamentada serve como um modo de aprendizagem sobre os mundos que estudamos e como um método para elaboração de teorias para compreendê-los”. Diante do exposto e por querer olhar e compreender os fenômenos de dentro para fora da realidade vivenciada pelos pacientes que realizam DP em suas residências como forma

de tratamento para a DRC, essa metodologia tornou-se a mais apropriada para a realização desta pesquisa.

Esta investigação foi realizada em duas etapas. Na primeira, visando à identificação e seleção dos participantes, pessoas que fazem tratamento com a diálise peritoneal no domicílio, realizou-se um levantamento descritivo, com recursos da pesquisa exploratória (GIL, 2002), objetivando a caracterização dos grupos amostrais, bem como a avaliação da capacidade para o autocuidado dos mesmos.

Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes selecionados, e os dados foram analisados à luz da Teoria Fundamentada nos Dados.

### 5.1.1 Teoria Fundamentada nos Dados

A teoria fundamentada nos dados (TFD)<sup>1</sup> foi desenvolvida na década de 1960, por dois sociólogos da Universidade da Califórnia: Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss. Ambos buscavam compreender a realidade a partir do contexto vivenciado pela pessoa (SANTOS; NOBREGA, 2002; DANTAS *et al.*, 2009).

O livro *The Discovery Of Grounded Theory*, lançado em 1967, de autoria de Glaser e Strauss, foi o primeiro a discorrer sobre as estratégias da pesquisa fundamentada nos dados à indução de hipóteses a partir de teorias previamente existentes (CHARMAZ, 2009). Nesse livro, Glaser e Strauss defendem o uso da TFD, pois afirmam que essa metodologia pode ajudar na prevenção do uso oportunista de teorias com capacidade de trabalho e ajustes duvidosos, além disso, discorrem sobre as aplicações, implicações e explicações do método, possibilitando a utilização dessa metodologia (GLASER; STRAUSS, 1967).

---

<sup>1</sup> Segundo Santos e Nóbrega (2008), a melhor tradução realizada para o português de *Grounded Theory* foi Teoria Fundamentada nos Dados. Dessa forma, optou-se, nesta dissertação, por trabalhar os termos em português.

A TFD possui troncos no Interacionismo Simbólico, uma perspectiva teórica que, segundo Carvalho, Borges e Rêgo (2010, p.148), “possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas”.

De acordo com Tarozzi (2011), no Interacionismo Simbólico, a análise social e psicossocial apresenta como foco a maneira na qual os sujeitos dão significado ao mundo em que vivem, e este não é um processo individual, acontece por meio das interações entre os sujeitos. Dessa forma, a realidade social e a ideia de si são construídas socialmente através da interação.

Na TFD, a ideia de que a pesquisa identifica o processo social subjacente a fenômenos e possibilita a elaboração de uma teoria geral (formal), apropriada para integrar várias teorias locais (substantivas), encontra um fundamento também no Interacionismo Simbólico. Salienta-se, então, que é este é o principal quadro teórico de referência da TFD (TAROZZI, 2011).

Nesta dissertação, optou-se, de modo complementar, por englobar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, vislumbrando obter uma teoria fundamentada no contexto clínico do cuidado de enfermagem, que contemple as interações humanas. Considerou-se a inserção dos participantes em um cenário assistencial altamente especializado, em que *a priori* era fundamental certificar-se sobre a capacidade de autocuidado terapêutico para a decisão da equipe em definir e indicar a diálise peritoneal domiciliar como tratamento.

A associação destes dois paradigmas aloca este estudo no pensamento pós-moderno, pois os conhecimentos, mesmo de natureza paradigmáticas diferentes, não se excluem. Trata de um estudo que se encontra na linha pós-abissal, pois ele conjuga o natural com o social. Entende-se que o pensamento pós-abissal “se funda no reconhecimento da pluralidade de conhecimentos heterogêneos (sendo um deles a ciência moderna) e em interações sustentáveis e dinâmicas entre eles sem comprometer sua autonomia. (Santos, 2007 p.85). Assim, Então pretendeu-se investir na aproximação dos mesmos com a finalidade de pormenorizar a compreensão sobre o autocuidado terapêutico das pessoas que realizam a DP.

Ademais, identificar as habilidades necessárias e que devem ser aprimoradas e/ou desenvolvidas pelas pessoas que necessitem de tratamento

dialítico domiciliar e que dependerão, de modo permanente, das orientações, educação, apoio e suporte ao autocuidado terapêutico dispensados pelo enfermeiro.

Destaca-se que a natureza ontoepistemológica desta investigação apresenta um olhar teórico prévio à Teoria de Enfermagem de Orem e que não pretendemos testar essa teoria, mas avançar na compreensão, sob o olhar das pessoas, de como se dá o processo de adquirir e/ou aprimorar habilidades para conviver com a DP no domicílio.

Para tanto, a utilização da TFD nos possibilita a junção desses paradigmas de pesquisa, pois, segundo Strauss e Corbin (2008, p.39), “o objetivo da teorização é o desenvolvimento de teorias úteis. Assim, qualquer tecnologia, seja ela qualitativa ou quantitativa, é um meio para atingir esse objetivo”, o que demonstra, assim, adequação do referencial teórico e metodológico utilizado.

De acordo com Dantas *et al.* (2009), a TFD pode ser utilizada em pesquisas de diversos campos, sobretudo na área de enfermagem, com a justificativa da possibilidade de melhor compreender as realidades pouco empreendidas, de forma a possibilitar a construção de bases conceituais importantes no processo de expansão do conhecimento dessa profissão.

Essa metodologia é uma promessa para o entendimento global e profundo do conhecimento da enfermagem e um meio de gerar teorias a partir da prática de enfermagem. Desse modo, a TFD se concretiza como um método importante e consistente para a realização de pesquisas especialmente na área da Enfermagem, cujo objeto de estudo envolve interações humanas. Essas conformam fenômenos da prática da profissão ainda não desvelados e devidamente compreendidos, mediante o rigor requerido para a construção de conhecimentos de abordagem qualitativa (DANTAS *et al.*, 2009, p.7).

Vale salientar que, desde o lançamento do livro *The Discovery Of Grounded Theory* em 1967, Glaser e Strauss, de tradições de pesquisas divergentes – Glaser com formação quantitativa rigorosa, advinda do positivismo da Universidade de Colúmbia, e Strauss com o pragmatismo e a pesquisa de campo herdados da Escola de Chicago –, contribuíram complementarmente para que essa abordagem metodológica fosse confiável por si só (CHARMAZ, 2009).

Porém, com o passar dos anos, esses dois precursores da TFD seguiram caminhos distintos em relação aos procedimentos necessários à realização do método, gerando, nos dias de hoje, três linhas principais para a TFD, são elas: “a) abordagem clássica (Glaser); b) abordagem *full conceptual description* (Strauss e Corbin); c) abordagem construtivista (Charmaz)” (TAROZZI, 2011, p. 57).

Neste estudo, optou-se pela concepção de Strauss e Corbin (2008), para os quais a pergunta de pesquisa é uma afirmação que identifica o problema a ser estudado, de forma a restringir e gerenciar a área de investigação (TAROZZI, 2011). Cabe ressaltar que Strauss e Corbin mantiveram grande parte da essência do método da teoria fundamentada original (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Diante do exposto, e considerando o referencial bibliográfico adotado, faz-se necessário entender o que Strauss e Corbin defendem quando usam o termo Teoria Fundamentada nos Dados:

Teoria que foi derivada dos dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Neste método, a coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si. Um pesquisador não começa um projeto com uma teoria pré-concebida [...] Ao contrário, o pesquisador começa com uma área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados. A teoria derivada dos dados tende a se parecer mais com a “realidade” do que a teoria derivada da reunião de uma série de conceitos baseados em experiência ou somente por meio da especulação (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.25).

Cabe ressaltar que, embora contribua fortemente para a formação de conceitos e teorização de fenômenos de enfermagem, a teoria derivada dos dados desta pesquisa não resultará em uma Teoria de Enfermagem. Por natureza, descritiva, uma teoria de enfermagem pode ser definida como a conceitualização articulada com aspectos da realidade da enfermagem, cuja finalidade é descrever e explicar as relações entre os fenômenos, prevendo as consequências ou prescrevendo os cuidados de enfermagem (MELEIS, 2011).

Na *Groudead Theory* ou TFD, a teoria é construída a partir da análise sistemática dos dados e não de conceitos e proposições teóricas. Strauss e Corbin (2008, p.29) definem como teoria “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados por meio de declarações de relações, que,

juntas, constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos”.

Sendo assim, o objetivo da teoria findada é a construção de uma base de conceitos que irão se agregar aos já existentes de forma a consolidar o corpo de conhecimento da enfermagem no que diz respeito aos cuidados a serem prestados e orientados às pessoas que realizam a DP no domicílio.

Para a utilização dessa metodologia de pesquisa, faz-se necessário ter conhecimento sobre o método e, sobretudo, acerca das peculiaridades que a diferem das demais pesquisas com abordagem qualitativa.

A coleta e a análise dos dados ocorrem alternativamente. A análise começa na primeira observação e entrevista realizadas com o intuito de conduzir à próxima entrevista e/ou observação. Esse processo é realizado ao longo de todo o trabalho e faz com que o pesquisador seja imerso nos dados, porém, para tanto, faz-se necessário que este mantenha como características a objetividade e sensibilidade. A objetividade é imperativa para interpretação neutra e acurada dos dados, já a sensibilidade é indispensável para que o pesquisador perceba nuances sutis nos dados e conexões entre os conceitos e as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo de análise nesta abordagem metodológica se dá em dez fases, conforme descrito a seguir (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2011):

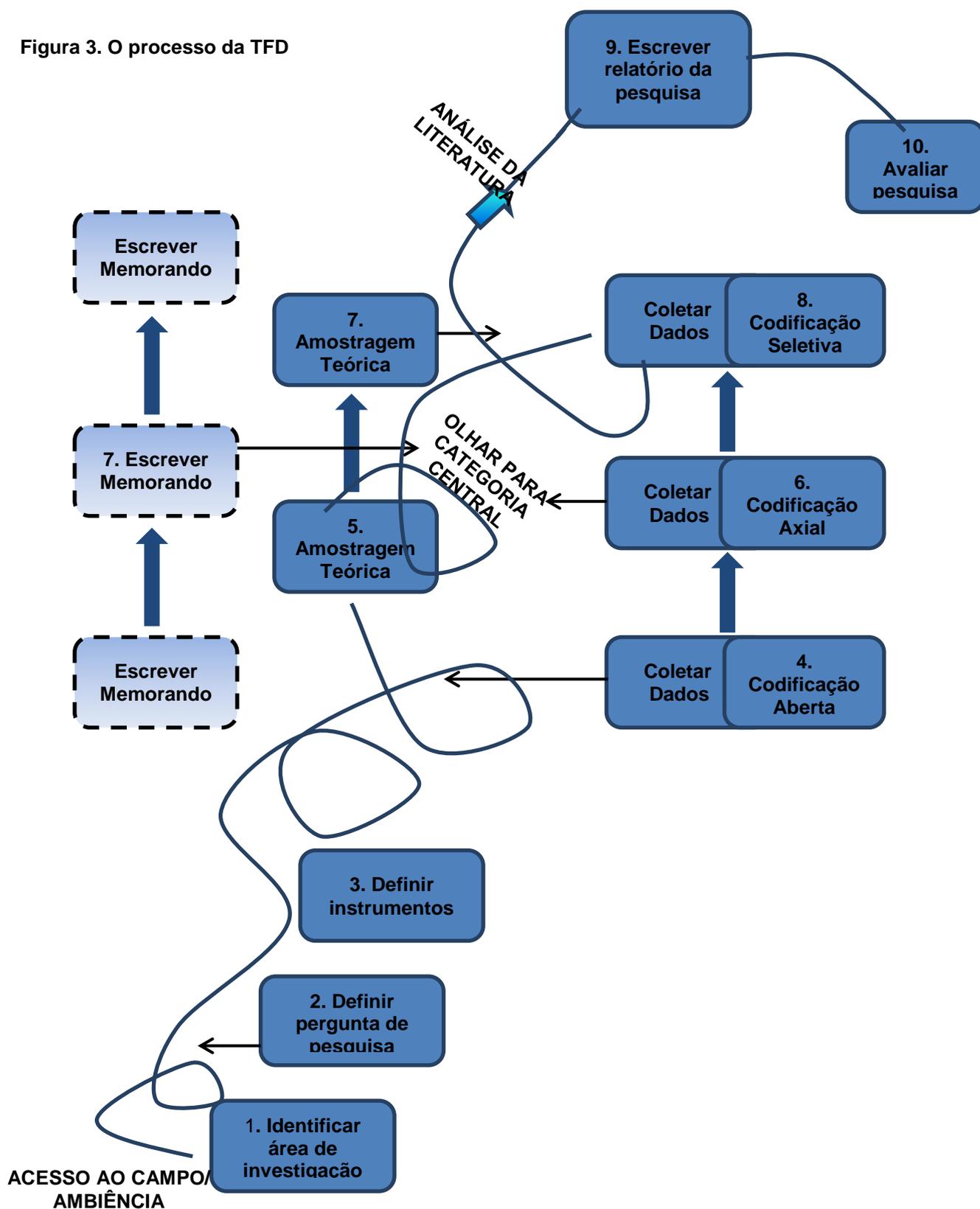
1. Identificação da área de investigação: Para a realização de uma pesquisa, faz-se necessário explorar uma área de investigação. Na TFD, a área de investigação não deve ser reduzida a poucas variáveis controladas ou a uma pergunta de pesquisa extremamente pontual, pois ela não parte de hipóteses a serem testadas;
2. Definição da pergunta da pesquisa: Na TFD, é necessário que a estruturação da pergunta de pesquisa seja realizada de forma a garantir flexibilidade e liberdade para exploração do fenômeno em profundidade;

3. Definição dos instrumentos a serem utilizados na pesquisa: Para a coleta de dados, a TFD possibilita a utilização de vários instrumentos, porém se faz necessário compreender que cada instrumento apresenta peculiaridades que devem ser consideradas na escolha do(s) mesmo(s);
4. Codificação aberta: primeira etapa do processo analítico, realizado após leitura dos memorandos, observação de campo e transcrição da entrevista. Denominada de codificação aberta, pois o pesquisador “abre” o texto para identificação de conceitos, considerando suas propriedades e dimensões;
5. Amostragem Teórica: Coleta de dados conduzida por conceitos derivados das análises anteriores. Baseia-se em fazer comparações de forma a procurar pessoas ou fatos que ampliem as variações entre os conceitos e que tornem densas as categorias em relação às suas propriedades e dimensões;
6. Codificação Axial: Processo de relacionar as categorias emergentes dos dados com suas subcategorias. Denominada de axial porque essa codificação ocorre entorno do eixo de uma categoria;
7. Escrita de memorando: Diz respeito à escrita dos registros realizados pelo pesquisador: análises, interpretações, pensamentos, ideias e direções para a coleta de novos dados;
8. Codificação seletiva: Processo de integrar e refinar a teoria emergente dos dados;
9. Escrita de relatório de pesquisa: Configura a elaboração do relatório final;
10. Avaliação da pesquisa: Diz respeito ao processo de validação teórica.

É importante ressaltar que, por vezes, esse processo não é sequencial, considerando-se a vastidão e variação das manifestações objetivas e subjetivas nos cenários naturais de ocorrência dos fenômenos, o que faz com que o pesquisador tenha flexibilidade de ir e vir dentro do processo, característica importante da TFD. Por essa razão, o processo da TFD foi

representado por uma espiral na Figura 03, em que se encontram conceitos-chaves para o entendimento do procedimento de análise proposto pelo método (TAROZZI, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Figura 3. O processo da TFD



Fonte: Adaptado de Tarozzi (2011, p. 60).

## 5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Conforme descrito anteriormente, esta investigação ocorreu em duas etapas, cada uma em um cenário diferente. A primeira se deu no Serviço de Diálise Peritoneal da Unidade de Tratamento do Paciente Renal Crônico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Trata-se de um hospital público, inserido na rede SUS, de ensino e pesquisa, do estado de Minas Gerais, com a finalidade de aproximação dos pacientes em diálise peritoneal e seleção dos participantes que se constituiriam na amostra necessária à saturação teórica demandada pelo método. Esta etapa oportunizou a realização de um levantamento com finalidade descritiva e exploratória sobre a capacidade de operacionalização do autocuidado terapêutico, instigando a revisão de pressupostos e das questões norteadoras da coleta dos dados empíricos.

Aquele serviço de diálise peritoneal tem capacidade para atender até 50 usuários do SUS no programa de Diálise Peritoneal (DP), mas atendia, à época de início desta pesquisa, 39 pessoas. Destas, duas realizavam temporariamente DP no hospital, até apresentarem requisitos ambientais e/ou pessoais para realização do tratamento em domicílio. As outras 37 faziam a terapia em domicílio e iam uma vez por mês ao serviço para as consultas de acompanhamento e controle. Esses pacientes recebiam orientações dos profissionais da equipe de saúde, entre elas, para que entrassem em contato ou fossem até o serviço de nefrologia, caso notassem surgimento de intercorrência relacionada ao tratamento.

Naquele cenário, a enfermagem está inserida no contexto de uma equipe multidisciplinar, composta de: medicina, nutrição e serviço social. O enfermeiro é o responsável pelo ensino sobre a DP, cuidados e procedimentos, bem como pelo acompanhamento da aprendizagem do paciente e/ou familiar cuidador. São abordados aspectos técnicos como os relacionados à lavagem das mãos, montagem da cicladora<sup>2</sup>, conexão e desconexão do paciente junto à cicladora, principais complicações, acrescentando-se itens conforme demandas

---

<sup>2</sup>Cicladora é a denominação dada à máquina de diálise peritoneal fornecida aos pacientes em DP.

ou especificidade de cada caso. Também é de responsabilidade do enfermeiro o gerenciamento do material que será entregue no domicílio do paciente para a realização da diálise e o monitoramento dos pacientes que realizam a DP na instituição hospitalar até terem condições de realizá-la em domicílio.

Vale ressaltar que, somente após a visita domiciliar realizada pela assistente social e a completa capacitação do paciente e/ou cuidador realizada pelo enfermeiro, o paciente receberá a liberação para efetuar o tratamento em sua residência. A avaliação pelo assistente social visa à adequação da residência para a realização da terapia, já a do enfermeiro objetiva que os pacientes atinjam as habilidades requeridas para realizar o tratamento e seu autocuidado no domicílio.

Para a realização deste estudo, foram solicitadas e obtidas as aquiescências da Superintendência Geral da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Apêndice 04); do Chefe do Serviço da Nefrologia (Apêndice 05) e da Responsável Técnica de Enfermagem do Setor de Hemodiálise da instituição hospitalar em questão (Apêndice 06).

O cenário da segunda etapa da pesquisa foi o domicílio dos participantes, por ser o local principal de ocorrências acerca das questões e do fenômeno que se quer compreender. É no domicílio que os pacientes vivenciam de fato a realização da DP, efetuando os procedimentos requeridos por esse tratamento. Ir ao encontro do paciente em seu domicílio para coletar os dados significa estender o olhar para sua inserção na família, na sociedade e, sobretudo, significa adentrar na subjetividade do contexto vivenciado por ele, que possui características peculiares conforme descrito por Martins *et al.* (2007, p. 255).

O domicílio não apresenta as características de uma instituição formal de saúde. É o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Este ambiente é permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores, portanto, eivado de subjetividades nem sempre compreensíveis para quem não reside ou frequenta aquele ambiente. Tais aspectos, portanto, devem ser considerados toda vez que a equipe de saúde ali adentrar e propor intervenções (MARTINS *et al.*, 2007, p. 255).

Os domicílios localizam-se em Juiz de Fora (MG), cidade da macrorregião Sudeste do estado, mesorregião geográfica da Zona da Mata

Mineira, com extensão territorial de 1.435,664 km<sup>2</sup>, dividida em quatro distritos: Juiz de Fora, Rosário de Minas, Sarandira e Torreões e com uma população estimada em 2014 pelo IBGE de 550.710 pessoas. A cidade é referência em procedimentos de média e alta complexidade para 160 municípios (IBGE, 2015).

A rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do município conta com 62 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 39 são da Estratégia Saúde da Família (ESF), 22 são tradicionais, 1 é mista e 1 é do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (IBGE, 2015; JUIZ DE FORA, 2014).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Juiz de Fora, em agosto de 2015, contava com 299 pessoas cadastradas, das quais 126 estavam classificados na modalidade AD1, 130 pessoas na AD2 e 43 na modalidade AD3. Destaca-se que, até o final da coleta de dados desta pesquisa, nenhum usuário cadastrado no SAD deste município realiza a DP. Esse serviço é composto por três Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) (CNES, 2015).

O atendimento de maior densidade tecnológica ao paciente com problemas nefrológicos se dá em três centros de referência. Entre eles encontra-se o Hospital de Ensino, cenário inicial desta pesquisa. Em buscas realizadas no DATASUS, identificou-se que, em junho de 2015, havia 48 pessoas residentes em Juiz de Fora, que realizavam a DP como tratamento para a DRC (CNES, 2015).

No que diz respeito à mortalidade, as principais causas de óbito no município no ano de 2012 foram as doenças do aparelho circulatório (24,8%), as neoplasias (15,9%), doenças do aparelho respiratório (14,6%) e causas externas (8,6%) (JUIZ DE FORA, 2014). É interessante pontuar que as pessoas com DRC apresentam alta taxa de mortalidade por doença cardiovascular.

### 5.3 TRABALHO DE CAMPO

A entrada no campo, na primeira etapa da pesquisa, constou de visitas semanais ao cenário inicial proposto que visavam realização da ambiência por parte da pesquisadora, por entender que, nestes momentos, seriam criadas e aprimoradas as relações interpessoais que favoreceriam a posterior coleta de dados empíricos no domicílio. Utilizou-se como referência o conceito de ambiência proposto pelo Ministério da Saúde.

Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo, e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais (BRASIL, 2010, p. 05).

O tempo de ambiência compreendeu-se no período entre os meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, quando foi realizada a aproximação com potenciais participantes do estudo. Obteve-se a compreensão acerca do funcionamento do serviço diálise; do processo de trabalho do enfermeiro e de sua equipe, por meio de observação direta, seja nas reuniões destinadas aos pacientes em DPA, seja na realização das demais atividades em função do atendimento ao paciente com DRC que realiza a DPA. A interação com profissionais, pacientes, familiares e a dinâmica do Serviço foi fundamental para romper os estranhamentos e possibilitar familiaridade por parte da pesquisadora.

### 5.3.1 Primeira Etapa

Conforme citado anteriormente, dadas as intenções e especificidades da primeira etapa, investiu-se na aplicação de dois instrumentos, cujos dados colaboraram para as decisões e definição quanto aos rumos da coleta de dados na etapa domiciliar. Um questionário estruturado (Apêndice 01) e uma escala para avaliação do agenciamento ou capacidade do autocuidado conhecida como ASA-R (Anexo 01).

Foi relevante a aplicação da referida escala junto aos pacientes com DRC que realizam DP, para se desenvolver uma compreensão e concepção prévia sobre a expressão “agenciamento ou capacidade de autocuidado”, nesta área em estudo, possivelmente implícita ao olhar profissional do enfermeiro.

A agência ou capacidade de autocuidado é definida como:

Uma complexa habilidade adquirida e desenvolvida, durante o curso da vida diária, que permite à pessoa discernir os fatores que devem ser controlados e tratados, decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer as suas necessidades, avaliar os recursos pessoais e ambientais e determinar, comprometer e executar ações de autocuidado (STACCIARINI; PACE, 2014).

A escala ASA-R é uma versão revisada da escala *Appraisal of Self Care Agency Scale* – ASA, resultante de um trabalho conjunto da *Wayne State University*, Faculdade *of Nursing Detroit*, USA, e Universidade de *Limburg*, Departamento de Enfermagem da Ciência, com autoria de Everls e colaboradores, na década de 1980, cuja finalidade era mensurar a operacionalidade do autocuidado. Essa escala se baseou no conceito da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem (EVERS *et al.*, 1989). Ao utilizar a escala ASA, pretendeu-se saber se a pessoa avaliada podia atender às suas necessidades para o autocuidado. Essa escala foi criada em dois formatos: ASA-A e ASA-B, sendo o primeiro direcionado para a autoavaliação e o segundo, para a avaliação de uma pessoa por um terceiro, por exemplo, a avaliação de um paciente por um enfermeiro (EVERS *et al.*, 1993).

Optou-se em aplicar a escala ASA-R, variação da ASA-A, pois ela foi considerada confiável e de rápida aplicação por dois estudos: Damásio e Koller (2013) e Stacciarini e Pace (2014). O primeiro realizou a adaptação e validação para o contexto brasileiro e o segundo fez a tradução, a adaptação e a validação da escala em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. Ambos os estudos tomaram por base a pesquisa de Souza e col. (2010), que incluiu e descreveu três fatores na escala, o fator 01: tendo a capacidade para o autocuidado, o fator 2: desenvolvendo a capacidade para o autocuidado e o fator três: faltando a capacidade para o autocuidado (SOUSA *et al.*, 2010; DAMÁSIO; KOLLER, 2013; STACCIARINI; PACE 2014). Nesses estudos, reforçou-se a importância de aplicação da mesma em outros grupos amostrais, entre eles, citam-se os pacientes com doença renal (DAMÁSIO; KOLLER, 2013; STACCIARINI; PACE 2014).

Na validação e adaptação ao contexto brasileiro, a principal alteração feita na escala ASA-A em relação à ASA-R foi a remoção de nove itens dos 24 que compunham a escala original e a organização dos 15 itens restantes em três fatores, que foram reportados anteriormente por Souza e colaboradores (STACCIARINI; PACE 2014).

A escala ASA-R é do tipo de Likert e contém 15 questões com os seguintes escores: 01 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - não sei; 4 - concordo e 5 - concordo totalmente. O intervalo de pontuação varia de 01 a 75, sendo que quanto maior a pontuação maior a operacionalização para a capacidade do autocuidado da pessoa. Foi organizada a partir de três fatores: fator 01: tendo a capacidade para o autocuidado, correspondente aos itens 1, 2, 3, 5, 6 e 10; fator 2: desenvolvimento da capacidade para o autocuidado - itens 7, 8, 9, 12 e 13; e fator 3: faltando a capacidade para o autocuidado - itens 4, 11, 14 e 15. Na soma final dos escores, os itens referentes ao fator 03 (aspectos negativos) devem ser invertidos (SOUZA *et al.*, 2010; DAMÁSIO; KOLLER, 2013; STACCIARINI; PACE 2014).

O perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes que realizam a DP no serviço de diálise, assim como a classificação dos mesmos quanto ao agenciamento ou capacidade de autocuidado, pela escala ASA-R, permitidos na primeira etapa, serão apresentados em item específico relativo aos resultados da pesquisa.

### 5.3.2 Segunda Etapa

A segunda etapa ocorreu entre junho e novembro de 2015. Conforme já citado, captaram-se por ela as habilidades desenvolvidas pelos pacientes para a realização da DP no domicílio. Realizaram-se entrevistas guiadas por um roteiro, contendo questões abertas (Apêndice 02). Utilizou-se também da técnica de observação participante, com registros em um diário de campo, para a posterior elaboração de memorandos.

A técnica de observação participante na coleta de dados é complementar à entrevista e importante para o processo de análise pela TFD, pois auxilia na validação e interpretação da informação fornecida pelo participante da pesquisa (MORSE; FIELD, 1995).

[...] é uma das técnicas muito utilizadas pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ *et al.*, 2007, p.278).

Nesta pesquisa, a observação participante esteve presente em ambas as etapas. A pesquisadora procurou seguir a orientação de Morse e Field (1995). De acordo com estas autoras, ao se realizarem as observações, deve-se focar no contexto como um todo, incluindo a reação dos indivíduos no ambiente social, além dos aspectos estruturais e funcionais da sociedade estudada, ou seja, daqueles que realizam a DP no domicílio, mas que necessitam, por vezes, de comparecer ao serviço de nefrologia para continuidade do tratamento, além de resolução de intercorrências.

O tipo de observação participante realizada neste trabalho foi a de observador como participante, pois, nesse caso, ao se inserir nos cenários de vivência dos pacientes (serviço e domicílio), o pesquisador influencia e sofre influências ao participar das ocorrências, independentemente da realização intencional de intervenções. A maior parte do tempo, o pesquisador passa observando e entrevistando e não se entende como participação o desenvolvimento de atividades ou ações próprias da função de trabalho. Caso

venham a ocorrer no decurso de interação com os ambientes e pessoas, a mesma é mínima, o que proporciona maior liberdade para se fazer a pesquisa com menos conflitos (MORSE; FIELD, 1995).

Neste trabalho, com a utilização da observação participante, foi possível desvelar situações que a entrevista semiestruturada por si só seria insuficiente para apontar. Conforme descrito por Dantas *et al.* (2009, p.3), “a observação também pode se constituir em recurso valioso de coleta, uma vez que possibilita compreender o que não é passível de expressão, ou o que o sujeito não consegue expressar”.

A entrada tanto no serviço de diálise quanto no domicílio dos participantes colaborou para que a pesquisadora se sentisse parte integrante dos grupos envolvidos, ou seja, do serviço, dos profissionais, dos pacientes e dos familiares. As pessoas que realizavam tratamento naquele cenário, mesmo quando esclarecidas da minha condição de pesquisadora, falavam-me de suas aflições, solicitavam-me orientações e apoio quando eu me aproximava e interagía com elas. Também se preparavam para me receber, alterando compromissos, aprontando-se na aparência e vestuário, arrumando e reorganizando o ambiente da casa, preparando lanches, além de relatar a expectativa sobre a visita e o que seria abordado na entrevista. Esses aspectos evidenciam que a presença do pesquisador, ainda que intencional, modifica o ambiente.

Cabe ressaltar que a técnica de observação participante é diferente da metodologia de pesquisa-ação, pois, nesta, objetiva-se realizar uma intervenção e, naquela, visa-se compreender o grupo a ser estudado como parte integrante dele.

Pesquisa-ação e observação participante, torna-se claro que a primeira sugere uma intervenção conduzida por um caminho que pode ser benéfico aos participantes do estudo, apesar de reconhecer que a observação causal afeta o sistema. O outro método é baseado somente em observações e análises em separado, completamente desconsiderando a possibilidade de uma intervenção positiva do pesquisador (SANTOS, 2004, p.13-14).

Para a realização das entrevistas, foi utilizada a estratégia de visita domiciliar, agendada por telefone de acordo com a disponibilidade dos participantes. As mesmas foram gravadas em um aparelho celular *Smartphone*,

pois se acreditava que o mesmo não ocasionaria inibição dos participantes em relação à gravação, devido ao fato de o celular ser um objeto comum e presente cada vez mais na vida das pessoas, não gerando estranhamento por estar no ambiente da conversa. As entrevistas foram transcritas e copiadas em *pen drive*, para posterior codificação aberta com identificação dos conceitos. As mesmas juntamente com os demais registros realizados serão arquivadas durante cinco anos.

Ao término de cada visita, eram realizadas pela pesquisadora as notas de campo e memorandos, contendo o contexto da entrevista, as reações não verbais, que geraram anotações, expressas em gestos pelos participantes. Na TFD, o uso dos memorandos é um importante instrumento para a realização da análise, portanto não deve ser considerado desnecessário e os mesmos devem ser escritos desde o momento inicial da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008). Desta forma, o material empírico constituído pelas entrevistas transcritas e notas das observações auxiliou na construção dos memorandos, tornando-os essenciais ao processo de análise e construção da teoria.

#### 5.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA: CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CLÍNICAS

Eram potenciais participantes da pesquisa os 37 pacientes em tratamento da DRC por DP no domicílio, inscritos no Programa de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia, conforme já descrito no item anterior, cenário da pesquisa. Os três únicos critérios de exclusão levantados foram: não residirem em Juiz de Fora (somente para a segunda etapa da pesquisa), não terem capacidade de responder por si e serem menores de 18 anos.

Dos 37 pacientes cadastrados no serviço de diálise que realizavam DP no domicílio, três foram excluídos da primeira etapa do estudo, um por apresentar problemas psiquiátricos que impossibilitavam a resposta ao questionário e dois por óbito. Assim, a população inicialmente investigada constituiu-se de 34 pacientes, na qual se identificou o perfil sociodemográfico, a história da DP e capacidade para o autocuidado destes.

Quanto aos possíveis participantes da segunda etapa, ao longo da pesquisa, 14 foram excluídos, pois oito residiam em outro município, dois foram transferidos para a Hemodiálise devido a quadro de peritonite, um não aceitou receber a visita domiciliar para a realização da entrevista e três foram a óbito, totalizando assim, 20 possíveis participantes.

Na segunda etapa, a investigação prosseguiu mediante redistribuição dos participantes em três grupos amostrais. O primeiro, formado por dez participantes, apresentados pela Tabela 2, foi obtido por conveniência. Os outros dois foram obtidos por amostragem teórica, a partir da segunda entrevista, pela técnica de amostragem discriminada, que é realizada de forma direcionada na codificação seletiva para ampliar as possibilidades de fazer comparações, uma característica desse método.

Ao fazer amostragem discriminada, o pesquisador escolhe os locais, as pessoas e os documentos que vão maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa. Isso pode significar um retorno a antigos locais, documentos e pessoas ou a busca de novos dados para coletar os dados necessários para saturar as categorias e completar um estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 204).

Com o primeiro grupo amostral, a entrevista foi guiada por meio das seguintes perguntas abertas: “Para você, como é fazer diálise peritoneal em casa?”; “Fale para mim quais são os passos que você faz para realizar uma sessão de diálise?”; “Para você, se existirem, quais são as facilidades em realizar a diálise peritoneal?”; “Existem dificuldades? Quais?”; “Quais os cuidados você tem para melhorar seu tratamento?”; “Recebe ou já recebeu visita da Equipe da Saúde da Família ou Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar? Se sim, como foi?”.

Vale destacar que os participantes da pesquisa foram designados por nomes de flores, a fim de se garantir o anonimato dos mesmos.

Tabela 2: Caracterização dos participantes do 1º grupo amostral do estudo

| Nº | Identificação | Gênero | Idade   | Escolaridade           | Ocupação                | Renda Mensal (salários mínimos) | Tempo de DPA (meses) | Ajuda na DP | Ajudante mora no mesmo local | Autocuidado Operacionalizado (Escala ASA-R) | Distância da residência ao serviço de diálise |
|----|---------------|--------|---------|------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|------------------------------|---|---|
| 01 | Orquídea      | Fem.   | 66 Anos | Fundamental incompleto | Aposentada              | 01 Salário                      | 05 Meses             | Não         | -                            | Sim   | 4,5 KM  |
| 02 | Margarida     | Fem.   | 37 Anos | Superior               | Aposentada              | 01 Salário                      | 08 Meses             | Sim         | Não                          | Sim   | 4,9 KM  |
| 03 | Cravo         | Mas.   | 54 Anos | Fundamental incompleto | Aposentado e reciclador | 02 Salários                     | 24 Meses             | Não         | -                            | Sim   | 18 KM   |
| 04 | Begônia       | Fem.   | 58 Anos | Superior               | Aposentada e maquiadora | 03 Salários                     | 108 Meses            | Não         | -                            | Sim   | 5,1 KM  |
| 05 | Lírio         | Fem.   | 50 Anos | Fundamental incompleto | Aposentada              | 01 Salário                      | 20 Meses             | Às vezes    | Sim                          | Sim   | 8,4 KM  |
| 06 | Crisântemo    | Mas    | 51 Anos | Médio Completo         | Pensionista             | 03 Salários                     | 09 Meses             | Não         | -                            | Não   | 20 KM   |
| 07 | Tulipa        | Fem.   | 74 Anos | Analfabeta             | Aposentada              | 02 Salários                     | 53 Meses             | Sim         | Sim                          | Não   | 10,9 KM                                       |

Continua na página seguinte.

Tabela 2: Caracterização dos participantes do 1º grupo amostral do estudo

| Nº | Identificação | Gênero | Idade (anos) | Escolaridade           | Ocupação    | Renda Mensal (salários mínimos) | Tempo de DPA (meses) | Ajuda na DP | Ajudante mora no mesmo local | Autocuidado Operacionalizado (Escala ASA-R) | Distância da residência ao serviço de diálise |
|----|---------------|--------|--------------|------------------------|-------------|---------------------------------|----------------------|-------------|------------------------------|---|---|
| 08 | Azaleia       | Fem.   | 44 anos      | Fundamental incompleto | Aposentada  | 01 salário                      | 64 meses             | Não         | -                            | Não   | 4,5 km  |
| 09 | Calas         | Fem.   | 33 anos      | Médio completo         | Pensionista | 01 salário                      | 76 Meses             | Sim         | Sim                          | Não   | 09 km   |
| 10 | Dália         | Fem.   | 61 anos      | Fundamental incompleto | Aposentada  | 01 salário                      | 61 Meses             | Sim         | Sim                          | Não   | 5,8 km  |

Fonte: A Autora

A partir da análise dos dados coletados junto a este grupo, surgiu a necessidade de se recorrer a um segundo grupo, a fim de se obter uma saturação teórica, utilizando-se de novas perguntas abertas. O segundo grupo amostral, conforme Tabela 3, foi constituído por quatro pacientes em DP. Para este grupo, utilizaram-se as seguintes questões norteadoras: “Como é o seu dia a dia? Conta para mim, o que você faz da hora em que você acorda até a hora em que você dorme”; “Como você se organiza e encaixa a diálise no seu dia a dia?”; “O que ajuda você a conviver com a DP e a realizá-la?”

Com as codificações aberta e axial, próprias da metodologia da pesquisa, obteve-se a saturação teórica no decurso da coleta de dados pelas visitas domiciliares e entrevistas a 14 participantes. A repetição das respostas, os comportamentos e os refinamentos conceituais sinalizaram para categorias de análise em torno de uma categoria central, não demandando prosseguir na busca de dados novos que justificassem o aumento do número de entrevistados.

Após a análise dos dados dos dois grupos amostrais citados, chegou-se a uma teoria substantiva que passou por um processo de validação, já que é “um critério imprescindível para consolidar a pesquisa e imprimir rigor científico” (BAGGIO; ERDMANN, 2011, p. 184). Dessa forma, a teoria construída com as categorias formuladas e articuladas com a categoria central foi apresentada a um terceiro grupo amostral, constituído por nove pacientes submetidos ao tratamento pela DP, que, por ocasião da entrevista, encontravam-se no serviço de nefrologia para os atendimentos relativos ao acompanhamento mensal.

Nos grupos amostrais, o tamanho da amostra seguiu o critério de saturação teórica proposto por Strauss e Corbin (2008). A coleta dos dados se deu até que se tivesse a saturação de todas as categorias. Charmaz (2009) reforça que a amostra ideal para a realização da TFD não se refere à extensão do número de participantes, mas sim quando há saturação das categorias que emergem dos dados, ou seja, “quando a coleta de dados novos não mais desperta novos *insights* teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais” (CHARMAZ, 2009, p.156).

Tabela 3. Caracterização dos participantes do 2º grupo amostral do estudo

| Nº | Identificação | Gênero | Idade   | Escolaridade           | Ocupação                 | Renda Mensal (salários mínimos) | Tempo de DPA (meses) | Ajuda na DP | Ajudante mora no mesmo local | Autocuidado Operacionalizado (Escala ASA-R) | Distância da residência ao serviço de diálise |
|----|---------------|--------|---------|------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|------------------------------|---|---|
| 01 | Bálsamo       | Mas.   | 65 Anos | Fundamental incompleto | Aposentado               | 02 salários                     | 25 meses             | Sim         | Sim                          | SIM   | 8,3 km  |
| 02 | Bromélia      | Fem.   | 59 Anos | Médio completo         | Aposentada               | 01 salário                      | 43 meses             | Sim         | Sim                          | SIM   | 3,8 km  |
| 03 | Violeta       | Fem.   | 36 Anos | Médio completo         | Aposentada e Office Girl | 01 salário                      | 24 meses             | Não         | -                            | SIM   | 23 km   |
| 04 | Amarílis      | Fem.   | 53 Anos | Fundamental incompleto | Aposentada e faxineira   | 01 salário                      | 11 meses             | Não         | -                            | SIM   | 11,3 km                                       |

Fonte: A Autora

A observação participante teve início na ambiência no serviço de nefrologia, na primeira etapa, quando a pesquisadora mantinha contato direto com o entrevistado. Ao todo foram aproximadamente cinco encontros com os participantes. Cada visita domiciliar durou em média uma hora.

Posterior ao desenvolvimento, a identificação de uma categoria central e obtenção de uma teoria substantiva (a partir dos dados) sobre o fenômeno, investiu-se na busca da validação teórica do mesmo. Esta se tornou relevante, pois, segundo Strauss e Corbin (2008, p.157):

A teoria surgiu a partir dos dados, mas, no momento da integração, ela representa uma interpretação abstrata desses dados brutos. Dessa forma, é importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico.

Dentre as formas de validação descritas por estes autores, narrar a teoria, que foi derivada dos dados para as pessoas que realizam a DP no domicílio, foi a alternativa escolhida. Segundo eles:

Outra forma de validar é contar a história real aos informantes ou pedir a eles que leiam e depois comentem como ela parece se ajustar a seus casos. Naturalmente ela não irá se ajustar em todos os aspectos de todos os casos, mas, em um sentido mais amplo, os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 157).

Escolheu-se esse método de validação por entender que o ouvir dos participantes como a história relatada se apropria da realidade deles possibilita maior adequação da teoria desenvolvida, tornando-a validada sob o ponto de vista deles. A validação teórica ocorreu no período de maio a junho de 2016. Para tanto, utilizou-se um terceiro grupo amostral, constituído por nove pessoas, apresentadas pela Tabela 04. Este grupo amostral, obtido por conveniência, compondose de quatro participantes do primeiro grupo de entrevistados em suas residências e cinco novos participantes.

O modelo teórico substantivo apresentado aos entrevistados foi reescrito, conforme Apêndice 03, de forma a possibilitar melhor entendimento. E, de acordo com as narrações dos mesmos, que foram gravadas e transcritas, este foi validado, pois ajustes foram realizados nas categorias para melhor adequação à realidade dos participantes. Não foram verificados novos *insights* teóricos.

Tabela 04. Caracterização dos participantes do 3º grupo amostral do estudo

| Nº | Identificação | Gênero | Idade (anos) | Escolaridade           | Ocupação                       | Renda Mensal (salários mínimos) | Tempo de DPA (meses) | Ajuda na DP | Ajudante mora no mesmo local | Autocuidado Operacionalizado (Escala ASA-R) | Distância da residência ao serviço de diálise |
|----|---------------|--------|--------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|------------------------------|---|---|
| 01 | Margarida     | Fem.   | 37           | Superior               | Aposentada                     | 01 Salário                      | 08 meses             | Sim         | Não                          | Sim   | 4,9 km  |
| 02 | Bálsamo       | Mas.   | 65           | Fundamental incompleto | Aposentado                     | 02 salários                     | 25 meses             | Sim         | Sim                          | Sim   | 16 km   |
| 03 | Astromélia    | Fem.   | 65           | Fundamental incompleto | Aposentada                     | 02 salários                     | 11 meses             | Sim         | Não                          | Sim   | 15,7 km                                       |
| 04 | Hortênsia     | Fem.   | 69           | Fundamental incompleto | Aposentada                     | 01 Salário                      | 18 meses             | Sim         | Sim                          | Sim   | 9,6 km  |
| 05 | Amarílis      | Fem.   | 53           | Fundamental incompleto | Aposentada e faxineira         | 01 Salário                      | 11 meses             | Não         | -                            | Sim   | 11,3 km                                       |
| 06 | Lisianto      | Mas.   | 34           | Médio Completo         | Aposentado professor de música | 02 Salários                     | 96 meses             | Não         | -                            | Sim   | 14,4 km                                       |
| 07 | Centáurea     | Fem.   | 65 Anos      | Médio Completo         | Aposentada                     | 01 Salário                      | 32 meses             | Sim         | Não                          | Sim   | 165 km  |
| 08 | Orquídea      | Fem.   | 66 Anos      | Fundamental incompleto | Aposentada                     | 01 Salário                      | 17 meses             | Não         | -                            | Sim   | 4,5 km  |
| 09 | Gerbera       | Fem.   | 32 Anos      | Médio Completo         | Auxiliar de escritório         | 01 Salário                      | 41 meses             | Sim         | Não                          | Sim   | 163 km  |

Fonte: A Autora

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento e análise dos dados descritivos da primeira etapa, referentes ao perfil dos participantes, e a aplicação da escala ASA-R foram feitos através de medidas estatísticas descritivas, apresentadas em forma de tabelas de frequência. A análise da escala ASA-R se deu pela média geral e média de cada fator por se tratar de uma escala do tipo Likert. Para tanto, inicialmente foi elaborada uma planilha de dados no programa *Microsoft Excel*, e, em seguida, adotou-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para análise desses dados.

A análise da segunda fase se deu em três etapas, a codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Na TFD, “a codificação é o elo fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados”, sendo então essencial para a realização da TFD (CHARMAZ, 2009, p. 70). Vale esclarecer que a transcrição e a análise foram realizadas uma a uma e antes da entrevista posterior, haja vista a necessidade de comparação constante que é própria do método.

Para a realização da codificação aberta que consiste na primeira fase do processo analítico, a pesquisadora valeu-se da técnica de microanálise, que, segundo Strauss e Corbin (2008, p.65), é uma “análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com as suas propriedades, dimensões) e para sugerir relações entre as categorias”.

Nessa codificação, foram extraídos vários códigos, aos quais foram atribuídos conceitos que representavam fenômenos. Posteriormente os códigos foram analisados quanto às suas propriedades, dimensões, similaridades e diferenças de modo a formar categorias e subcategorias através do processo de comparação. Para tanto, foi utilizado o *software OpenLogos®*, versão 1.0.2, que contribuiu para a edição e organização dos dados empíricos, facilitando o processo de codificação, interpretação e geração de conceitos.

A seguir, realizou-se a codificação axial, conceituada como processo em que se estabelece uma relação das categorias com as suas subcategorias.

Nela os elementos conceituais comuns foram agrupados com o objetivo de melhor compreensão do fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na codificação axial, em consonância com a metodologia, buscou-se responder às seguintes questões em relação aos dados: como, por que, onde, quando e com que resultados, de forma a conseguir relacionar estrutura com processo. A estrutura diz respeito às conjunturas nas quais acontecimentos, questões ou problemas relacionados ao fenômeno são situados. Já o processo constitui a ação e interação dos participantes em resposta a problemas e/ou questões.

A integração entre estrutura e processo faz-se necessária para melhor entendimento acerca da complexidade entorno das vivências dos participantes da pesquisa. Dessa forma, essa integração, neste estudo, foi realizada utilizando o esquema de organização de Paradigma, também proposto por Strauss e Corbin (2008), no qual os dados são sistematicamente ordenados.

O paradigma apresenta três componentes básicos, são eles: as condições, as estratégias de ação/interação e as consequências. As condições são um conjugado de fatos ou acontecimentos que pertencem a um fenômeno. Estas podem ser causais: que influenciam os fenômenos; interventoras: que modificam ou abrandam o impacto das condições causais; e contextuais: que criam um conjunto de circunstâncias às quais os indivíduos respondem através das estratégias de ações/interações, que, por sua vez, são os atos praticados para resolução de situações de forma a moldar os fenômenos. As respostas obtidas através da ação/interação são as consequências, que é o termo paradigmático final (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Por fim, passou-se à fase de codificação seletiva, definida como processo de integração e refinamento da teoria, na qual foram trabalhadas as categorias em profundidade, evidenciando nexos que as interligam e se integram dentro da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008; TAROZZI, 2008).

Para tanto, fez-se necessário decidir qual a categoria que representou o tema central desta pesquisa e que apareceu diversamente nos dados.

## 5.6 CUIDADOS ÉTICOS NA PESQUISA

Para a realização do estudo, foram solicitadas autorizações: da Direção da Faculdade de Enfermagem da UFJF/MG (Apêndice 05); da Responsável Técnica de Enfermagem do setor de hemodiálise do Hospital Universitário da UFJF/MG (Apêndice 06); do chefe do serviço da nefrologia (Apêndice 07) e do Superintendente Geral da EBSEH (Apêndice 08). Essa autorização abrangeu a realização da pesquisa, citação do cenário, reforçando que a divulgação dos resultados dar-se-á exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

Após aquiescência dos mesmos, o projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Esta pesquisa observou os aspectos éticos, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e somente após a emissão de parecer consubstanciado favorável do CEP, de número: 1.004.325, em 23/03/2015, iniciou-se o processo de coleta de dados (BRASIL, 2012a).

Foram garantidos pela pesquisadora aos participantes o anonimato e o ressarcimento por qualquer dano que, porventura, viesse a ocorrer. Entretanto os procedimentos da pesquisa foram considerados de risco mínimo, como, por exemplo, a presença de constrangimento ao falar sobre sua vida e vivência com a DP. No entanto, apesar dessa possibilidade, os benefícios previstos para este estudo superaram os riscos, uma vez que a pesquisa traz subsídios para o conhecimento de enfermagem sobre esta temática que está diretamente relacionada à qualidade da assistência a esse paciente que demanda cuidados tão específicos.

Todos os participantes foram informados sobre a pretensão da pesquisa e tiveram suas dúvidas esclarecidas. A confirmação da anuência dos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa se deu pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice1), em duas vias (uma para a pesquisadora e a outra para o participante).

## **6 APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS**

A análise dos dados desta investigação será apresentada em duas etapas, assim como sua realização.

### **6.1 DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL (DP) ACOMPANHADOS NO CENÁRIO PROPOSTO**

Neste item, será apresentado o resultado obtido na primeira etapa da pesquisa e a sua análise será apresentada em um item a seguir.

Conforme a Tabela 5, a seguir, das 34 pessoas que realizam DP no domicílio, 79,5 (27) são mulheres, 47,1% (16) têm o ensino fundamental incompleto, 73,5% (25) são aposentados e residem a uma distância do centro de diálise que varia de 2 a 165 quilômetros (km).

**Tabela 5: Dados sociodemográficos dos pacientes que realizam DP, HU/UFJF 2015.**

|                               | <b>%</b>  | <b>(n)</b> |
|-------------------------------|-----------|------------|
| <b>Gênero Feminino</b>        | 79,5      | (27)       |
| <b>Escolaridade</b>           |           |            |
| Analfabeto                    | 5,9%      | (2)        |
| Ensino Fundamental incompleto | 47,1%     | (16)       |
| Ensino fundamental completo   | 2,9%      | (1)        |
| Ensino médio incompleto       | 2,9%      | (1)        |
| Ensino médio completo         | 35,3%     | (12)       |
| Ensino superior completo      | 5,9%      | (2)        |
| <b>Ocupação</b>               |           |            |
| Atividade laborativa          | 5,9%      | (02)       |
| Aposentado                    | 73,5%     | (25)       |
| Auxílio Doença                | 8,8%      | (03)       |
| LOAS                          | 11,8%     | (04)       |
| <b>Renda Pessoal</b>          |           |            |
| Menor que 1 salário mínimo    | 2,9%      | (01)       |
| 1 a 2 salários mínimos        | 85,4%     | (29)       |
| 3 a 4 salários mínimos        | 8,8%      | (03)       |
| Maior que 5 salários mínimos  | 2,9%      | (01)       |
| <b>Distância</b>              | <b>km</b> |            |
| Mínima                        | 02        |            |
| Máxima                        | 165       |            |
| Média                         | 27,86     |            |
| Mediana                       | 9,50      |            |
| Desvio Padrão                 | 40,893    |            |

**Fonte: A Autora.**

Em relação ao tratamento de DP no domicílio, a Tabela 06, a seguir, mostra que o tempo mínimo de diálise é de um mês e o tempo máximo, 108 meses, sendo a média de 25,5 meses e o desvio padrão de 18 meses. Dos entrevistados, 94,1% (32) dos pacientes realizam a DPA e 5,9% (2) realizam DPAC e, para tanto, 64,7% (22) necessitam de ajuda para fazer o e/ou auxiliar no procedimento dialítico.

No que diz respeito à operacionalização do autocuidado dos participantes da pesquisa, a pontuação da escala ASA-R variou entre 44 e 64, sendo a média, 54 pontos. Portanto, aqueles que obtiveram a pontuação na escala acima da média, 59%, foram classificados como tendo capacidade para o autocuidado operacionalizado, já os que não alcançaram a pontuação de corte, 41%, foram considerados não capazes, conforme mostra a Tabela 07.

**Tabela 6: Dados clínicos dos pacientes que realizam DP, HU/UFJF, 2015.**

|   | %      | (n)  |
|---|--------|------|
| <b>Tipo de diálise</b>                      |        |      |
| DPA   | 94,1   | (32) |
| DPAC  | 5,9    | (02) |
| <b>Tempo (meses)</b>                        |        |      |
| Mínimo                                      | 1      |      |
| Máximo                                      | 108    |      |
| Média                                       | 25,5   | 18   |
| Mediana                                     |        |      |
| Desvio Padrão                               | 27,485 |      |
| <b>Peritonite no último ano</b>             |        |      |
| Não   | 94,1   | (32) |
| <b>Número de peritonites</b>                |        |      |
|   | 2,9    | (1)  |
| <b>Necessitam de ajuda para realizar DP</b> |        |      |
|   | 64,7   | (22) |
| <b>Residem no mesmo local</b>               |        |      |
|   | 77,3   | (17) |

Fonte: A Autora.

**Tabela 07: Distribuição de pacientes segundo operacionalização do autocuidado, HU/UFJF, 2015.**

| <b>Operacionalização para o autocuidado</b>        | (%) | (n) |
|--|-----|-----|
| Capacidade para o autocuidado operacionalizado     | 59% | 20  |
| Capacidade para o autocuidado não operacionalizado | 41% | 14  |

Fonte: A Autora.

Cabe destacar que, dos sete homens que participaram desta etapa da pesquisa, quatro foram classificados como “com capacidade para o autocuidado não operacionalizado”. Já no caso das 27 mulheres que participaram, dez não apresentavam operacionalização para o autocuidado.

Na realização da segunda etapa desta investigação, percebeu-se que os entrevistados classificados como com capacidade para o autocuidado não operacionalizado necessitaram de auxílio de um familiar ou relataram, no momento da entrevista, maior preocupação em realizar a diálise no domicílio.

## 6.2 COMPREENDENDO AS DEMANDAS DO AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES EM DP: COM VISTA A DESENVOLVER UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

Neste item, será apresentada a análise dos dados empíricos coletados para compreensão das demandas de autocuidado terapêutico e das habilidades desenvolvidas pelos pacientes que realizam DP no domicílio.

### 6.2.1 Codificação Aberta: revelando os possíveis códigos

Conforme descrito na metodologia deste estudo, a primeira fase do processo analítico é a codificação aberta, denominada assim, pois, “para revelar, nomear e desenvolver conceitos, devemos abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.104). Portanto, todos os relatos e descrições das notas de campo oriundos da coleta de dados foram codificados em 136 códigos, conforme Apêndice 09, os quais foram sistematicamente analisados e comparados quanto a suas similaridades e diferenças. Aos códigos extraídos foram atribuídos conceitos representativos de fenômenos.

A seguir, um trecho de entrevista com a distribuição vertical do discurso, exemplificando como ocorreu a extração dos códigos e a pré-análise a ser comparada nas entrevistas seguintes.

**Quadro 01. Distribuição vertical do discurso com exemplo da extração de códigos e pré-análise**

|   |   |
|---|---|
| <p>P: fala pra mim como é para você fazer diálise peritoneal aqui na sua casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoje eu já tenho uma certa tranquilidade, né</li> <li>○ Porque, no início, foi muito preocupante porque o XXX (enfermeiro) sempre falava “tem que ter higiene com isso, fazer aquilo”.</li> </ul> | <p>Códigos extraídos / Pré-análise</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sentimento em relação à DP</li> </ul> <p>Avaliação atual sobre como se sente ao realizar a DP em casa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Avaliação modifica com o tempo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Superação da preocupação inicial por ter que realizar a DP?</li> </ul> |
|---|---|

Fonte: A Autora.

Após a extração dos códigos, os conceitos deles derivados foram agrupados de acordo com suas similaridades e diferenças, dando origem às categorias. Ao escolher os nomes para as categorias, levou-se em consideração o que estava acontecendo ali, naquele momento. Uma vez identificada a categoria, buscou-se desenvolvê-la a partir de suas propriedades e dimensões específicas, através de questionamentos e comparação constante.

Após a extração dos códigos e identificação de categorias conceituais, seguiu-se o processo de análise com a codificação axial.

### 6.2.2 Codificação Axial: reagrupando os dados empíricos

Nesta etapa do processo analítico, objetivou-se o reagrupamento dos dados empíricos que surgiram na codificação aberta. As categorias são relacionadas com suas subcategorias ao passo que são observadas suas propriedades e dimensões (STRAUUS; CORBIN, 2008).

Uma categoria representa um *fenômeno*, ou seja, um problema, uma questão, um fato ou um acontecimento que é definido como importante para os informantes [...] uma *subcategoria* também é uma categoria como o próprio nome implica. Porém, em vez de

representar o fenômeno em si, as subcategorias respondem questões sobre o fenômeno, como, por exemplo, quando, onde, por que, quem, como e com que consequências, dando, assim um maior explanatório ao conceito (STRAUSS; CORBIN, 2009, p.124-125).

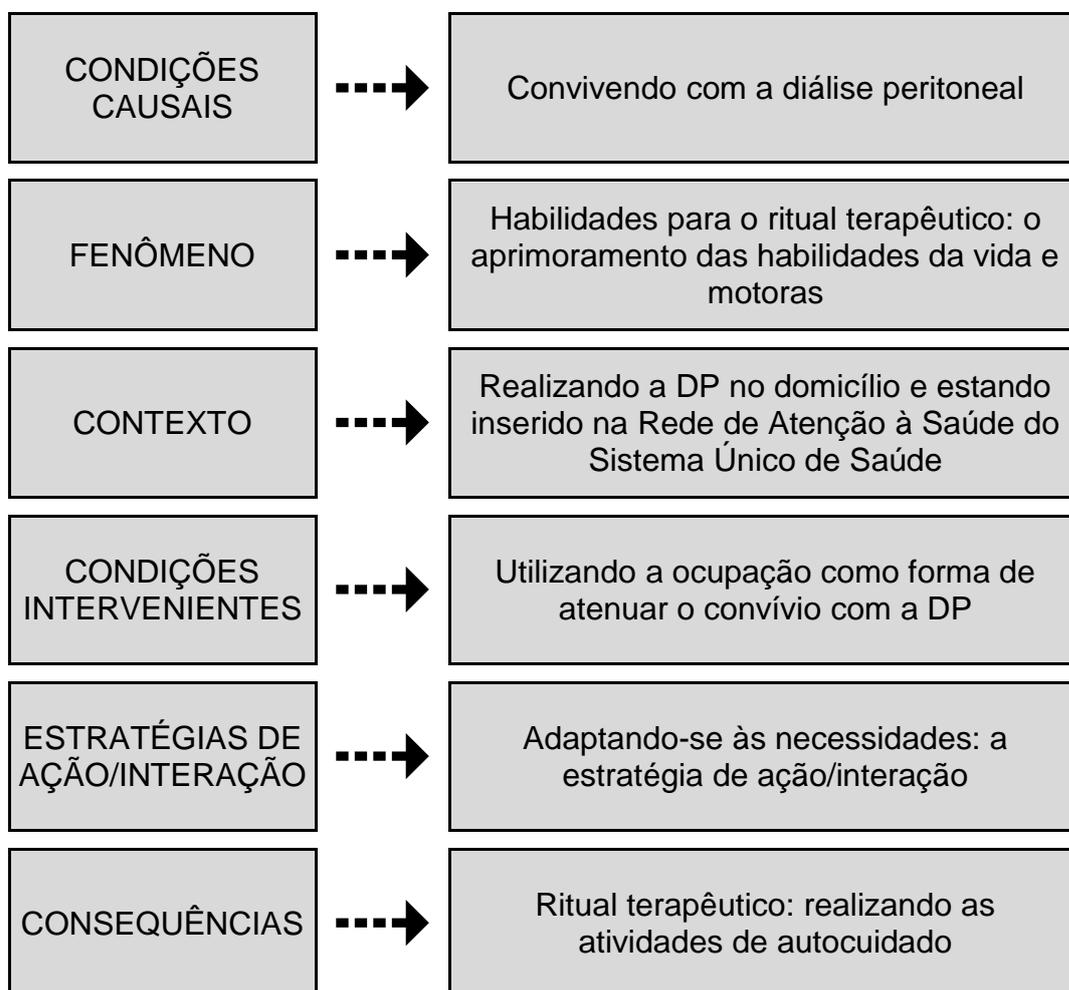
Salienta-se que a codificação aberta e a axial não são necessariamente sequenciais, mas, para fins didáticos, elas se apresentam nessa ordem (STRAUS; CORBIN, 2008). Dessa forma, para esta dissertação, optou-se por apresentar os dados empíricos de forma sequencial para melhor didática e compreensão do processo da TFD.

A partir da codificação axial, a análise dos dados possibilitou o surgimento de seis categorias, que versam a respeito da compreensão de como os pacientes em tratamento de DRC por DP realizam o autocuidado terapêutico no domicílio:

- ❖ Convivendo com a Diálise Peritoneal (DP);
- ❖ Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- ❖ Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP;
- ❖ Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação;
- ❖ Ritual terapêutico: realizando as atividades de autocuidado;
- ❖ Habilidades para o ritual terapêutico: o aprimoramento das habilidades da vida e motoras para conviver com a DP.

A seguir, apresenta-se o modelo paradigmático em que são enfatizados os fenômenos que compõem o paradigma deste estudo.

**Figura 04: Modelo paradigmático de estudo, com base nas recomendações de Strauss e Corbin (2008)**



Fonte: A Autora

Cabe ressaltar que as respostas dos participantes, quando indagados sobre a sua convivência com a DP no domicílio, foram importantes para esclarecer como se dá a experiência da pessoa com a DRC. Identificou-se que a patologia envolve muitos e complexos fatores a serem administrados, para além do procedimento da diálise. Com a ressalva de que todos os participantes visitados na segunda etapa estão inseridos na Rede de Atenção à Saúde do SUS, mais especificamente no serviço de nefrologia. A interface com os outros serviços mostrou-se necessária, haja vista as múltiplas necessidades de saúde evidenciadas por estes.

Ao conviver com a necessidade de realizar a diálise peritoneal domiciliar é imperativo que o paciente ou o seu cuidador realize atividades de autocuidado terapêutico, tendo em vista satisfazer, segundo Orem (1995), os requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Sob este aspecto, os participantes com DRC, em tratamento por DP, tiveram que realizar adaptações no seu modo de vida, essas adaptações englobam a adaptação do Ser e do Ambiente em questão.

Dessa forma, a partir do modelo paradigmático exposto anteriormente, apresentam-se, a seguir, as categorias e as subcategorias relacionadas que se estabeleceram, bem como a análise das mesmas.

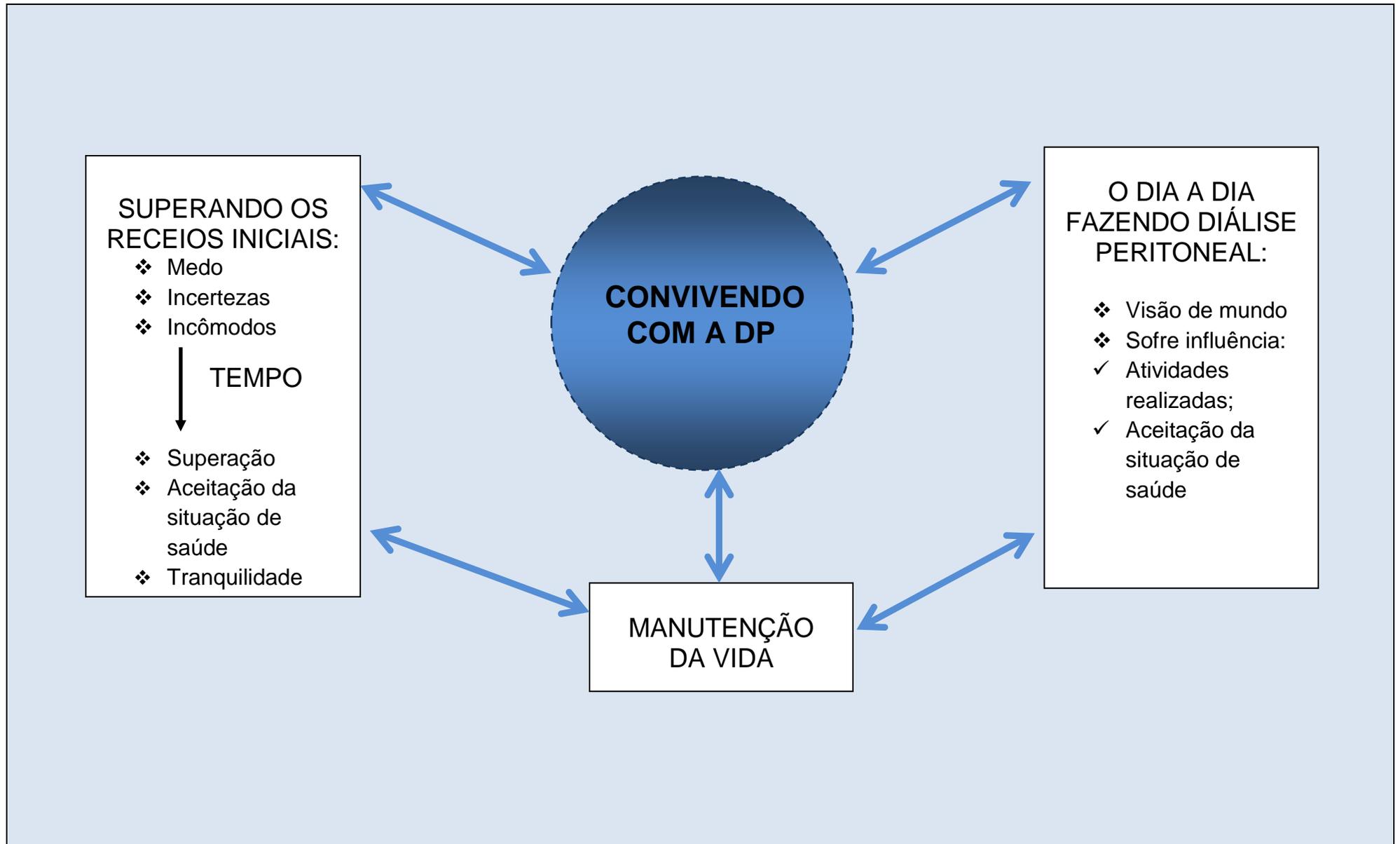
Ressalta-se que, didaticamente, as categorias estão dissociadas para melhor compreensão dos fenômenos que ocorreram. Porém, estes se mostraram dinâmicos e até mesmo indissociáveis devido à forte ligação entre eles.

#### **6.2.2.1 Convivendo com a diálise peritoneal**

Esse fenômeno aborda a vivência do indivíduo que realiza a diálise peritoneal como tratamento para a DRC. Conforme Diagrama 01, apresentado a seguir, essa categoria emergiu da associação entre duas subcategorias: “superando os receios iniciais” e “o dia a dia fazendo diálise peritoneal”.

A identificação de como se dá o convívio do paciente com seu tratamento possibilita a compreensão de como é o enfrentamento deste a partir da necessidade de realização contínua da diálise peritoneal como forma de garantir a vida.

Diagrama 01 – CAUSA: Convivendo com a diálise peritoneal.



Fonte: A Autora.

### 6.2.2.1.1 Superando os receios iniciais

Conviver com a diálise peritoneal faz com que os indivíduos que realizam esse tratamento vivenciem incômodos e receios relacionados a ele, que foram relatados, principalmente, no início desta terapêutica.

Eu, no começo, não estava gostando muito não, né? Porque doía muito a barriga. Assim fica aquilo cheio, me incomodava, e, no outro dia, eu sentia vômito, passava mal, não comia, sabe? Fiquei bem desanimada, mas, depois, com três meses, por aí, já foi melhorando, melhorando, até que agora está bom [Orquídea].

Hoje eu já tenho certa tranquilidade, né? Porque, no início, foi muito preocupante porque o XXX [enfermeiro] sempre falava “tem que ter higiene com isso, fazer aquilo” [Crisântemo].

Ah, hoje eu estou me sentindo melhor. No princípio, foi bem “brabo”. Para mim, foi bem difícil, entendeu? [Dália].<sup>3</sup>

No início, a gente ficava muito preocupada, eu tinha medo, não tinha certeza se estava fazendo certo, se o tratamento ia dar certo, porque era um tratamento novo. Hoje não, é tudo tranquilo [Centáurea].

A superação da preocupação e do receio inicial faz com que esses indivíduos se sintam mais confortáveis em realizar a DP no domicílio, trazendo a sensação de tranquilidade, que favorece o convívio com a DP.

Percebe-se, diante do exposto, que o fator tempo interfere na forma de aceitação e posterior satisfação pela escolha da terapêutica. Inicialmente, o medo e as incertezas vivenciadas por aqueles que realizavam a DP deram lugar, após o primeiro processo de adaptação, à tranquilidade e à comodidade em realizar o tratamento no domicílio.

Segundo Schulman-Green *et al.* (2012), as experiências dos indivíduos que convivem com uma doença crônica se alteram ao longo do tempo. Desta forma, a trajetória do acometimento, bem como o desenvolvimento de complicações ou comorbidades, podem modificar as rotinas estabelecidas pelos sujeitos quanto ao autogerenciamento de sua doença.

---

<sup>3</sup> Para exposição das falas dos entrevistados, independentemente do número de linhas, foi padronizada a formatação com recuo de 4 centímetros à esquerda e letra Arial tamanho 10.

A influência temporal também foi relatada no estudo de Santos *et al.* (2010), no qual é afirmado que a busca da aceitação da doença para pacientes com doença renal é difícil, todavia, com o passar do tempo, os indivíduos se conformam ou aceitam a sua situação de saúde.

Contudo, infere-se que, para os participantes desta pesquisa, conviver com a DP significava ter um recurso para manutenção da vida, porém, inicialmente, esse convívio com a terapêutica gerou receios e incertezas. Viver realizando a DP significou conviver com sentimentos de incertezas, angústias e dificuldades. Após um período de realização do procedimento, todavia, nota-se, pela vivência do processo, o surgimento de uma adaptação inicial. Os entrevistados mostraram-se agradecidos e esperançosos por realizar a DP, pois viam ali a possibilidade de sobrevivência.

Análise semelhante a essa foi obtida por Sadala *et al.* (2012) e por Santos e Valadares (2011). O estudo destes apontou ainda que, quando se é deflagrada a necessidade da diálise, surgem sentimentos como frustrações, decepções e medo, que fazem com que o paciente em DP vivencie um pesadelo no primeiro momento. Porém, com o amadurecimento das primeiras informações e principalmente com o acolhimento da equipe multiprofissional ao paciente, esse pesadelo dá lugar ao despertar, na medida em que, ao prosseguir com o método, ele obtém a recuperação clínica e passa a ver a diálise como libertadora, capaz de aumentar o desejo de viver.

Desta forma, os enfermeiros da diálise devem considerar o tempo de início do tratamento, buscando diagnosticar as reações ao tratamento proposto, a fim de planejar em conjunto com o paciente, familiar e/ou cuidados as ações efetivas que contribuam para superação ou mesmo abreviar respostas na esfera psicossocial.

#### **6.2.2.1.2 O dia a dia fazendo diálise peritoneal**

Conviver com a diálise peritoneal e toda a complexidade relacionada ao seu tratamento traz repercussões no dia a dia daqueles que realizam essa terapêutica. Com base na análise dos dados, podemos perceber que a doença leva

limitação a seus portadores e esta varia em grau, de mínima a muito limitante, de acordo com a aceitação e capacidade de adaptação do indivíduo.

Santos e Valadares (2011, p.477) salientam que, “ao iniciar a diálise peritoneal, o cliente não deixa seu universo próprio. Ao contrário, a diálise é que vai sendo gradativamente inserida nesse contexto”. Assim, pode-se apreender que a forma como a DP é inserida no cotidiano da vida do indivíduo interfere na maneira de viver e na visão de mundo do mesmo, conforme descrito nas falas a seguir:

E, também, eu não posso fazer nada, eu não posso trabalhar, né? Não dá para trabalhar. A única coisa que eu posso fazer, assim, é algo sem compromisso, né? [Orquídea].

Foi um susto de repente [perder o transplante renal], eu acho que foi questão de estresse mesmo, porque eu estava num pique de trabalho muito pesado, porque, aquela coisa, na intenção de comprar carro, juntar dinheiro, eu estava para entrar de férias e estava muito feliz e, de repente, quando eu me vejo, eu, “oh, estou acordando”, voltando do coma, olha que loucura! [...] aí foi um baque né, como se diz assim, daí para cá, como diz, assim, “poxa ficar parada dentro de casa”. Nossa, eu fico para morrer [Margarida].

Com base nos trechos desses relatos, compreende-se que o ter que realizar a diálise peritoneal impossibilitou os participantes de realizarem outras atividades de modo livre, sentindo-se à vontade, como trabalhar e viajar. Para estes, a vida está inserida no contexto da diálise.

Porém os outros entrevistados não relataram restrições, ainda que mínimas, de atividades devido à diálise, pois eles conseguiram inserir a DP no contexto de vida e não o contrário. Percebe-se um processo de adaptação para transformar as dificuldades e possíveis restrições em superação destas e realização das atividades normalmente.

Ah, a minha vida, eu levo uma vida normal, uma vida tranquila. É, levanto, desligo a máquina [...], aí vou, tomo o meu café normal, faço as minhas coisas, que eu tenho que fazer, eu trato da cachorra, porque eu tenho uma cachorrinha, né? Então vou fazendo as coisas do dia a dia normal, faço almoço, trabalho, levo uma vida normal tranquila, durante o dia todo [Violeta].

Mesmo eu fazendo tratamento, eu não deixo de fazer certas atividades, porque eu acho que isso espairose e tal. É lógico que eu não vou ficar pegando peso, sabendo que eu não posso ficar pegando peso, mas eu faço algumas atividades... eu gosto de cozinhar, eu vou para cozinha fazer as coisas. E trabalhos extras e tal que são precisos de fazer, eu faço [Crisântemo].

Eu, depois que acordo e saio da máquina, nem lembro que faço diálise [Lisianto].

Eu faço minhas coisas normalmente em casa, eu cuido das coisas de casa, faço o almoço, arrumo a cozinha, o que dá para eu fazer eu faço, só não faço tudo que eu fazia antigamente porque agora eu fico muito cansada, né? Mas eu procuro fazer as coisas que eu tenho que fazer [Bromélia].

Com a análise destas falas, pode-se inferir que a aceitação da doença e das condições impostas por essa possibilita o indivíduo a melhorar sua vivência com a mesma, diminuindo, assim, as limitações impostas pela DRC. Percebe-se que as características sociodemográficas dos entrevistados não influenciam fortemente neste aspecto.

Nascimento (2016, p.19) afirma que “conviver com a doença renal crônica (DRC) significa integrá-la no contexto pessoal de vida e buscar restaurar o equilíbrio entre as atividades significativas com a devida atenção aos cuidados permanentes à saúde”. Para tanto, faz-se necessário compreender o dia a dia daqueles que convivem com este tratamento, pois, segundo Maldaner *et al.* (2008, p.648), “a vivência de cada indivíduo interfere na maneira de visualizar sua patologia em seu contexto de vida e, desta forma, também em como ele adere ao tratamento”.

Para os participantes desta investigação, a realização da DP no domicílio facilita o seu dia a dia, pois não há necessidade de deslocamento para um centro de diálise, três vezes na semana, como acontece com os indivíduos que fazem hemodiálise.

É uma solução, né? [fazer DP]. Porque evita você ficar saindo, sair de madrugada porque, se você for fazer a diálise no hospital, você vai fazer o dia inteiro, se você fizer o dia inteiro, você perde o dia todo, não dá tempo de fazer nada, igual quando, no princípio, eu fiquei fazendo lá quase um mês. Não dava tempo de você ir ao banco, não dava tempo de fazer nada, porque eu chegava lá e eles só me ligavam oito horas, aí eu saía de lá quatro e meia, cinco horas. Até que você sai de lá para chegar no centro, para chegar em casa, não dava tempo de fazer nada. Agora, em casa e a noite, é tranquilo [Amarílis].

Conforme o relato da Amarílis, efetivar a DP no domicílio e não ter que se deslocar ao centro de diálise para a realização da HD possibilita que ela tenha tempo disponível para a concretização de atividades inerentes ao seu cotidiano. Pois, quando se faz hemodiálise, associa-se o tempo gasto para o procedimento,

geralmente quatro horas, ao tempo necessário para o deslocamento da residência ao centro de diálise, o que aumenta a restrição imposta pela DRC.

Em um estudo realizado com pacientes que utilizam a HD como tratamento para a DRC, observou-se que estes ficam restritos ao tratamento hemodialítico, o que lhes dificulta a manutenção das atividades de lazer. Além disso, geralmente estes pacientes têm poucos contatos sociais e estes comumente estão relacionados aos colegas de “cadeira de hemodiálise”, ou seja, de outros pacientes que realizam o tratamento com eles (MORAES, 2014).

Destaca-se que todos os entrevistados que já haviam realizado a hemodiálise como tratamento para a DRC relataram preferir a DP no domicílio como terapêutica, justamente por proporcionar mais tempo livre disponível quando se comparam as duas TRS.

A liberdade de ter o dia disponível para outras atividades e a possibilidade de adequação do horário do tratamento de acordo com os compromissos sociais também foram apontadas como facilitadoras do processo de aceitação daqueles que convivem com a DP.

O significado é de tranquilidade, né? É que eu posso fazer dentro da minha casa, porque eu saio, vou à festa e, quando eu volto, eu me ligo. Porque o XXX [Enfermeiro] deixou bem claro que a gente não tem que ficar agarrado ao horário, né? Se eu tiver que ir num casamento, numa festinha, eu vou e depois eu volto e faço, então é tranquilo [Bromélia].

Acredita-se que o processo de adaptação vivenciado pelo indivíduo que realiza DP interfere em sua maneira de viver, facilita o processo de aceitação e superação dos receios iniciais com o tratamento e conseqüentemente melhora a adesão ao tratamento.

Pode-se compreender que os entrevistados preferem fazer a diálise peritoneal por existir certa liberdade quando comparada a outro tratamento dialítico, os mesmos relatam que a flexibilidade de horário confere-lhes melhor ocupação do tempo com as outras atividades da vida. Esse dado vai de encontro aos achados no estudo de Timm *et al.* (2015), cuja análise é a de que tanto os pacientes que realizam DP quanto os seus familiares consideram que a DP como uma espécie de prisão, pois limita o contato do paciente com amigos e familiares.

### **6.2.2.2 Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde**

Um dos princípios do SUS é o da integralidade da assistência, que é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (BRASIL, 1990, p.4). Para o atendimento a esse princípio, entende-se o SUS como um Sistema Integrado de Atenção à Saúde, que, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é organizado através da coordenação dos pontos de atenção à saúde que visam a uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011).

Uma RAS “constitui-se de um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população” (KUSCHNIR *et al.*, 2011, p.123). Apresenta-se como estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde, além de aperfeiçoar o funcionamento do SUS, com o objetivo de garantir um conjunto de ações e serviços aos usuários deste Sistema (BRASIL, 2013b).

A partir da análise dos dados empíricos desta dissertação, entende-se que o indivíduo que realiza DP no domicílio está inserido no contexto da RAS, o que possibilitou o desenvolvimento da categoria denominada: “Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde”. Esta categoria, conforme mostra o Diagrama 02, a seguir, emergiu da associação de três subcategorias, a saber: Não tendo resolubilidade na Atenção Primária e Atenção Domiciliar; Tendo o Serviço de Nefrologia como principal vínculo e Tendo incertezas e estresse na internação.

Diagrama 02 – Contexto: Realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde



### **6.2.2.2.1 Não tendo resolubilidade na Atenção Primária e Atenção Domiciliar**

No Brasil, a Atenção Básica foi desenvolvida com a descentralização como escopo, de forma a ocorrer com maior proximidade das pessoas. Preferencialmente, ela deve ser a porta de entrada dos usuários no SUS e o cerne de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2012b).

Com a análise dos dados, conforme falas a seguir, entende-se que inexistem comunicação entre os profissionais, bem como interlocuções necessárias entre os serviços de atenção básica e de nefrologia em que o paciente em DP está inscrito. Infere-se que os pacientes que realizam a DP no domicílio apresentam necessidades de saúde cuja resolubilidade se encontra na interface entre o serviço especializado em nefrologia e a APS, porém esta não inclui em seu processo de trabalho o acompanhamento dos aspectos relacionados à diálise.

Vêm aquelas moças que andam na rua, aquele negócio de saúde, aquelas que passam todos os meses na casa, [pesquisadora: agentes de saúde], mas não resolvem nada, é a agente de saúde, é isso mesmo. Elas não resolvem nada, só vêm para a gente assinar e pronto, porque vai lá para procurar um remédio e não tem, elas só vêm para a gente assinar e só [Cravo].

É saúde da família [Unidade Básica de Saúde], só que nunca foi falado nada de diálise não [Margarida].

Quando eu vou lá [UBS], eles me perguntam se está tudo bem. Quando eu estou precisando de alguma coisa, eles me atendem muito bem, mas vir aqui nunca vieram não [Azaleia].

Eu até conversei com eles sobre eu fazer diálise, mas não adianta, eu querer saber alguma coisa ou tirar dúvida, eles não sabem [Amarílis].

Conforme a fala dos entrevistados, há pouca resolubilidade quando se relaciona o tratamento da DRC com a assistência aos pacientes que realizam DP no domicílio prestada pelos profissionais da APS. As visitas domiciliares, quando ocorrem, não visam à continuidade do tratamento, ao saneamento de dúvidas ou à verificação se o ambiente no qual o indivíduo realiza a DP está adequado para a realização da terapêutica, tampouco evoluir com o processo da DP de modo compartilhado com os serviços especializados.

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2012, p.49), cabe ao Agente Comunitário de Saúde “acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade”. Estas são programadas com toda a equipe de saúde e levam em consideração os critérios de risco e vulnerabilidade. Para cada família, deve-se realizar uma média de uma visita por mês, e o médico e o enfermeiro também podem se deslocar até o domicílio conforme demanda.

Nesta pesquisa, nem todos os participantes recebiam a visita domiciliar de algum dos profissionais da atenção básica, o que contraria a preceituação da Política Nacional da Atenção Básica. Quanto aos entrevistados que receberam visitas de alguns profissionais, conforme apontam as falas anteriormente citadas, percebe-se pouca resolubilidade, uma vez que a visita é considerada necessária para preenchimento do protocolo de visita e não são abordados aspectos relacionados ao procedimento dialítico.

A visita domiciliar, quando realizada adequadamente, torna-se um importante instrumento na elaboração de estratégias que visam a intervenções por parte dos profissionais no processo saúde-doença. Propicia um conhecimento aprofundado acerca do contexto de vida do cliente, dos seus familiares e de suas potencialidades terapêuticas, possibilitando a prescrição de cuidados adequados à realidade vivenciada por estes (SILVA, 2007).

Acredita-se que a não realização de visitas domiciliares pelos profissionais da APS aos entrevistados que faziam DP no domicílio e/ou a pouca resolubilidade relatada por aqueles que recebem a visita se devem à inexistência da comunicação entre a Atenção Primária e a Secundária. Isso contraria o sistema de referência e contrarreferência, que, segundo Serra e Rodrigues (2010), é o principal elemento de integração das redes de saúde, quando usado efetivamente. Este sistema é considerado um elemento-chave na reorganização das práticas de trabalho da saúde e deve ser garantido pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 1997).

A falta de comunicação entre os profissionais de enfermagem dos diferentes níveis de atenção à saúde é uma preocupação constante há vários anos e muitas vezes o próprio paciente é o canal de informação entre os profissionais (RUIZ *et al*, 2013).

Salienta-se que a não utilização do sistema de referência e contrarreferência está em desacordo com o princípio da integralidade do SUS, visto que este é considerado o principal referencial para a abordagem do atendimento integral à saúde (SERRA; RODRIGUES, 2010). Essa fragilidade também foi notada nos demais pontos da Rede e será abordada nas outras subcategorias.

No âmbito da Atenção Básica, além da participação ativa na comunicação entre os demais serviços de saúde, está a coordenação e manutenção do vínculo e do cuidado a esses pacientes, quando referenciados para outros pontos de Atenção da Rede. A realização de atividades educativas e apoio ao autocuidado, como estratégias que visam à manutenção da autonomia das pessoas com DRC, também compete à Atenção Básica, conforme foi descrito na linha de cuidados da pessoa com DRC (BRASIL, 2014a).

Todavia os dados demonstram que essas atividades não estão sendo desenvolvidas eficazmente, o que pode deixar o indivíduo com DRC que realiza a DP no domicílio vulnerável às ocorrências diversas relacionadas ao atendimento às suas necessidades de saúde. Acredita-se, de acordo com os dados, que essas fragilidades apontadas pelos entrevistados relacionadas à APS podem estar ancoradas, conforme o trecho da fala de Crisântemo, na falta de conhecimento sobre a DP.

O pessoal do posto também não tem conhecimento, tem uma menina ali dentro que sabe tudo, eu passo ali e ela sabe, ela tem um conhecimento da área de saúde, ela sempre procura me ajudar, né? [Crisântemo].

A gente chega no posto e o pessoal não conhece, eles conhecem a hemodiálise, você fala diálise [peritoneal] e o pessoal não sabe o que é, aí você tem que explicar [Gerbera].

Lá no posto, eu vou para pegar um remédio quando eu preciso, agora tirar dúvida, não. Eles não têm conhecimento assim. [Lisianto].

Com base na fala de Crisântemo, percebe-se que apenas uma profissional da UBS tem conhecimento acerca da situação de sua saúde e pode orientar esse paciente quando ele precisa. Os demais profissionais não apresentam essa competência, que é definida como “capacidade de agir com eficácia em determinadas situações, embasada por conhecimentos e habilidades que podem ser incorporados à clínica por meio da formação e da prática, somadas à capacidade de

integrá-los e utilizá-los em suas atitudes” (OLIVEIRA; SILVA; ASSAD, 2015). Essa afirmação foi ratificada nos relatos de Gerbera e Lisianto.

Destaca-se, a partir desse conceito de competência, que a capacidade de agir em determinada situação deve ser embasada por conhecimento. Como a nefrologia é uma especialidade complexa, acredita-se que a oferta de educação permanente aos profissionais da APS pelo serviço especializado possibilitaria um atendimento com mais qualidade aos pacientes.

Lima *et al.* (2015, p.83) consideram que “a atenção básica pode contribuir para o sucesso do tratamento dialítico em domicílio tendo como eixo de acompanhamento a família e o indivíduo de forma holística” e que, para tanto, faz-se necessária a capacitação dos profissionais da APS em relação à diálise e seu procedimento.

Por conseguinte, torna-se necessário investigar junto aos profissionais das UBS, que representam a Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), quais são suas necessidades de educação permanente relacionada à DRC e ao tratamento dialítico a fim de qualificá-los para prestar assistência integral e holística ao indivíduo que realiza DP no domicílio.

No que se refere à atenção domiciliar AD3, todos os entrevistados negaram estar cadastrados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e, portanto, não recebem visitas da equipe multiprofissional de atenção domiciliar, nem da equipe de apoio da atenção domiciliar.

Cabe ressaltar que, conforme a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde, serão cadastradas nesse serviço, para realização de DP no domicílio, as pessoas que apresentem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde (BRASIL, 2016).

Destarte, associa-se ao não cadastramento dos entrevistados no SAD o fato de eles apresentarem condições físicas para o deslocamento até os serviços de saúde, e, por isso, não se enquadram nos critérios de elegibilidade para cadastro neste serviço. Portanto, a discussão acerca da resolubilidade da assistência prestada pela atenção domiciliar a estes indivíduos torna-se inexecutável, tendo sido esta considerada uma limitação deste estudo.

#### **6.2.2.2.2 Tendo o serviço de nefrologia como principal vínculo**

O serviço de nefrologia, que conta com terapia renal substitutiva, está inserido na alta complexidade da RAS Saúde e, portanto, deveria ser complementar e/ou suplementar à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011), porém, para os entrevistados, essa assertiva não é uma realidade.

Na codificação e análise do ponto de vista dos participantes, percebeu-se que o serviço de nefrologia é resolutivo quanto às necessidades dos pacientes relacionadas ao tratamento dialítico. Todo e qualquer aspecto referente ao tratamento e suas complicações atendido, exclusivamente, pelo serviço de diálise.

Quando eu preciso, eu ligo lá pro HU. À noite, eu ligava pro XXX [enfermeiro], né?. Agora eu já nem sei [...] eu sempre ligava, às vezes, a máquina dava algum problema ali e eu não entendia, aí eu falava “XXX [enfermeiro], pelo amor de Deus, eu estou apavorada!” Aí ele dizia “não precisa apavorar, por que que você está apavorada?” [Azaleia].

Se der problema na máquina, eu desligo a máquina e vou dormir, aí, no dia seguinte, eu ligo ou venho aqui [serviço de nefrologia], porque aqui não funciona de noite [Amarílis].

Umás duas vezes, à noite, eu já liguei para a XXX [empresa que fornece a cicladora e materiais para a realização da DP que tem um telefone de serviço de atendimento ao cliente], mas não adiantou nada, não conseguiram resolver o problema, então eu desliguei a máquina e, no dia seguinte, trouxe ela aqui [serviço de nefrologia] [Orquídea].

O XXX [serviço de nefrologia] é minha referência quando preciso. Porque, no Posto [UBS], não atende. Outro dia, a moça alegou o seguinte: que eles não têm capacidade de atender uma pessoa com esse tipo, que faz diálise [Astromélia].

Todos os participantes desta investigação realizavam a DP durante a noite e, nesse período, o serviço de nefrologia, sua referência para o atendimento, encontrava-se fechado. Sendo assim, conforme trechos das falas de Azaleia e Amarílis, havia duas opções para a tomada de decisão, ou ligavam para um profissional que se dispusesse atendê-los, mesmo fora do seu turno de trabalho, ou desligavam a cicladora e, no dia seguinte, entravam em contato com o serviço de diálise para sanar o problema e possibilitar a continuidade do tratamento.

Orquídea ainda tentou uma terceira opção, ligar para o serviço de atendimento ao cliente da empresa que fornece a cicladora e materiais de DP,

utilizados na realização da terapia. Com essa ação, porém, não obteve resposta resolutiva, e foi preciso, assim, antecipar o término do tratamento e aguardar até o dia seguinte para entrar em contato com o serviço de referência.

Entre os profissionais do serviço de nefrologia, o enfermeiro é apontado pelos entrevistados como a pessoa que se destaca no atendimento às necessidades de cuidados relacionados ao procedimento da DP, visto que a sua disponibilidade em tempo integral confere-lhes satisfação e segurança para a realização da prática dialítica no domicílio.

Vale ressaltar que, no momento em que foram realizadas as entrevistas, o centro de diálise no qual este estudo foi realizado estava passando por um momento de transição na gestão de pessoas, no qual o enfermeiro foi lotado em outro local da instituição. E, como ele era a referência para os pacientes que realizavam a DP no domicílio, gerou-se tensão e insegurança nos entrevistados, já que se deu uma ruptura de referência de cuidado tida até então.

Eu ligava para o XXX, né [enfermeiro] agora o XXX [enfermeiro] “bau bau”, né? [foi embora]. Agora nem sei o que vou fazer, vou ligar pra quem? O XXX [enfermeiro] me atendia de noite, de madrugada, né. Então agora eu vou ligar pra quem? não vou ligar pra ninguém [Crisântemo].

Eu ligava sempre para o XXX [enfermeiro], né, mas agora ele saiu. Eu ligava pra ele, às vezes, três horas da manhã por causa da máquina que estava dando problema, às vezes três horas da manhã, eu estava ligando pra ele. Ele dava liberdade pra gente ligar, né. Mas agora eu não sei como é que vai ser, porque ele não está mais, né? Ele saiu, aí eu não sei como é que vai ficar, se vai poder ligar pra alguém que ficar no lugar dele [Tulipa].

O serviço de diálise funciona das 7h às 17h, porém, como os entrevistados realizavam a DP durante a noite, os problemas surgiam no período em que o serviço estava fechado, mesmo assim eles ligavam para o enfermeiro responsável para tirar dúvidas e tentar resolver estes problemas. Isso ocorria, segundo relato dos participantes, porque profissionais de outros serviços da Rede, que estariam abertos durante a noite, não demonstravam competência para sanar as dúvidas e aliviar as aflições dos pacientes mediante a solução das intercorrências no procedimento da DP.

Com isso, na visão dos participantes, existe o acolhimento e a criação de vínculo no que diz respeito ao trabalho do enfermeiro, como forma de lhes prestar assistência integral e resolutiva nos aspectos relativos à DP no domicílio. Por

acolhimento toma-se como referência o conceito do Ministério da Saúde: uma ação na qual o profissional deve “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações”, sendo, então, considerado um importante instrumento para consolidação das práticas de cuidado (BRASIL, 2013c, p.7).

Na ótica dos entrevistados, eles eram acolhidos e tinham vínculo com o Serviço de Nefrologia. O acesso ao acolhimento e a obtenção de vínculo promovem mudança em relação às dificuldades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde (COELHO; JORGE, 2009). Vale destacar que se fez necessária a utilização pelo enfermeiro das tecnologias leves e leve duras no atendimento às demandas dessa população (MERHY, 1999).

A criação de vínculo entre os entrevistados e o serviço de diálise, principalmente pela presença do enfermeiro, levou alguns participantes a não considerarem necessária uma maior aproximação com outros serviços da RAS.

O posto aqui do bairro é saúde da família, só que nunca foi falado nada de diálise, não. [Pesquisadora: você acharia importante alguma equipe ou alguém da área da saúde acompanhar você mais de perto, vindo aqui na sua casa, fazendo visita domiciliar?] hoje, em questão da diálise, não! [Margarida].

Aqui tem o posto médico, mas não tem agente que vai nas casas e nunca vieram também não, talvez não seja necessário, né? [Orquídea].

Acredita-se que a ausência de necessidade de acompanhamento pelos profissionais da APS na realização de DP no domicílio, apontada nesses relatos, deva-se à resolubilidade das necessidades de atenção à saúde dos mesmos por parte do serviço de nefrologia. Porém, percebe-se, na fala de Crisântemo, a seguir, a necessidade de maior conhecimento por parte dos profissionais da atenção primária e terciária no atendimento às necessidades de saúde dos pacientes que realizam a DP no domicílio.

[Pesquisadora pergunta: Tem alguma coisa que eu não te perguntei e você considera importante me falar?] É, de preferência, dar andamento nessa questão de mais pessoas terem conhecimento, principalmente no hospital, porque o dia que deu problema lá eles: “o que que é isso?” Parecia que era uma coisa de outro mundo. Eles nunca viram uma máquina na vida deles, então que recurso que você tem? Não tem profissional que tem conhecimento dentro de um hospital, não tem profissionais no posto de saúde que tenham conhecimento, então você tá meio deslocado, né, você fica deslocado. Você fica com insegurança, porque só lá [serviço de

nefrologia] tem conhecimento, você já viu a distância que é para eu me deslocar daqui até lá? Porque só eu que dirijo e se eu não tiver passando bem? É lógico, aí eu vou ter que me virar, arrumar alguém que queira me levar no meu carro e o posto é tão perto [Crisântemo].

Conforme descrito anteriormente e evidenciado na fala de Crisântemo, faz-se necessário ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, acerca do atendimento ao indivíduo que faz diálise no domicílio, pois este se torna vulnerável, de forma a depender de um único serviço que não funciona em horário integral.

Destaca-se que Crisântemo reside a aproximadamente 20 km do centro de diálise e que, de acordo com a análise dos dados, quanto maior a distância da residência da pessoa ao centro de diálise maior é a necessidade e o desejo do entrevistado de melhorar a interface da APS com o serviço especializado e deste com os hospitais. Orquídea e Margarida residem, respectivamente, a 4,9 km e 4,5 km do hospital no qual se encontra o centro de diálise.

Entende-se que o serviço de nefrologia é altamente especializado e, portanto, torna-se essencial a capacitação dos profissionais que atuam nos demais pontos da RAS, para que os mesmos também se tornem resolutivos quando os pacientes que realizam DP forem atendidos ou se reportarem a estes para o saneamento de dúvidas.

Segundo a linha de cuidado da pessoa com DRC, compete à Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, correspondente ao serviço de nefrologia, um dos cenários desta investigação, capacitar as equipes de atenção básica nos temas relacionados a doenças renais. O apoio matricial deve ser parte essencial do processo de trabalho das equipes de atenção especializada e é considerado uma ferramenta que proporciona aproximação entre os diferentes pontos da RAS e os profissionais, de forma a favorecer um atendimento integral (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a). E, para tanto, o serviço de nefrologia deve:

Disponibilizar carga horária, adequada à realidade local e mediante pactuação e contratualização do gestor, para realizar apoio matricial, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde ou através de outras formas de comunicação definidas com o gestor público de saúde local, às equipes de atenção básica de referência nos temas relacionados a doenças renais (BRASIL, 2014a, p.34).

Esta linha de cuidado não atribui à Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise a realização de educação continuada com os profissionais da atenção terciária (BRASIL, 2014a).

Diante do exposto, compreende-se que os entrevistados consideram o serviço de nefrologia resolutivo no que se refere às necessidades de saúde das pessoas que realizam a DP no domicílio e que a assistência está centrada no enfermeiro, profissional que resolve e direciona as necessidades de cuidados dos pacientes na realização da DP no domicílio. Além disso, fica evidenciada a falta de integração da RAS proporcionando a fragmentação de cuidados ofertados aos entrevistados, o que os deixam vulneráveis quando necessitam de atendimento de outras esferas da RAS.

#### **6.2.2.2.3 Tendo incertezas e estresse na internação**

A necessidade de hospitalização, independentemente de qual o motivo, exige do indivíduo uma capacidade de adaptação às mudanças que ocorreram no seu modo de viver. Ao ser internado em uma instituição hospitalar, este passa a seguir as rotinas estabelecidas pela instituição, diminuindo, assim, sua autonomia e, por vezes, como já registrado pela literatura, “até despersonalizando o indivíduo”, dependendo do tempo de internação. Essas mudanças geram sentimentos como medo, ansiedade e desconforto (COSTA; SILVA; LIMA, 2010; COSTA; SAMPAIO, 2015).

Ao analisar as entrevistas realizadas, compreende-se que a necessidade de internação para o indivíduo que realiza a DP no domicílio acarreta estresse e ansiedade não apenas pela internação em si, mas também pela necessidade de continuidade do tratamento dialítico.

As causas de internações dos entrevistados variaram em cada indivíduo e nem sempre estavam relacionadas à DRC e ao tratamento dialítico. Internação para investigação de dor abdominal, cirurgia de coluna, retirada de fístula e tratamento da peritonite foram relatadas como motivos de internação.

Os entrevistados que realizam a DP no domicílio e que precisaram ser internados tiveram três opções: fazer hemodiálise durante a internação, solicitar a

um familiar ou pessoa próxima capacitada para realização do procedimento dialítico que vá todos os dias na instituição para a efetivação desta ou até mesmo ficar sem diálise, como foi o caso da entrevistada que estava internada em um serviço de pronto socorro e não foi autorizada a realizar a DP lá. A opção ofertada para cada paciente dependeu do local da hospitalização.

Na internação na XXX [Serviço de Urgência e Emergência], eles não aceitam que faça por causa de infecção, então fiquei três dias sem fazer. Aí depois fui transferida para o YYY [Hospital do serviço de diálise] e lá fiquei uma noite sem fazer, aí depois, no outro dia de manhã, eu fui lá para o XXX [Serviço de diálise] e fiz lá e depois voltei. Aí, no outro dia, tive alta também [Tulipa].

Eu estava no XXX [Hospital], eu fiquei internado ano passado [...] e o que eu fiz para não fazer hemodiálise, levei a máquina, arrumei uma mesa, entendeu? Deu tudo certo, graças a Deus [...] a minha mulher e a minha irmã que fizeram para mim, ninguém conhecia, parecia ser um bicho de sete cabeças [...] teve um dia que eles tiveram que cortar a máquina, né, desligar cortando, porque o cara não sabia, né, aí veio uma parafernália de pano que vem com avental protegido e tudo esterilizado, aí quebrou e arreventou, abriu tudo, aconteceu que tirou tudo com maior cuidado, com luva e era uma coisa simples [...]. O YYY [médico do serviço de diálise] comentou depois que ouviu os enfermeiros comentando “nossa, coitado do rapaz, vai ter que fazer hemodiálise porque não conseguiu fazer a diálise peritoneal”. Eu estava lá e ele já tinha me visto, mas como não era ele que estava me olhando, ele não foi lá no quarto, mas como ele escutou esse problema, ele chamou o rapaz e explicou como resolver [Crisântemo].

Fiquei internado porque encheu o pericárdio, eles operaram para poder tirar o líquido e tirou muito líquido! muito líquido do pericárdio, muito líquido desse pulmão de cá, mas estou bem, graças a Deus [...]. Naquele tempo, eu já fazia a diálise [peritoneal], mas lá foi feito por aqui [mostrou a fístula], não foi feito a diálise peritoneal não [Bálsamo].

As falas acima retratam a questão da falta de preparo das instituições que realizam internações para com os pacientes que realizam DP. Vale ressaltar que esse despreparo contempla os hospitais públicos e particulares da realidade da pesquisa, pois essas internações ocorreram em instituições públicas e privadas. Salieta-se que, ao relatarem que a equipe não sabe o procedimento, os entrevistados apresentam o domínio das habilidades requeridas.

Entende-se que se trata de uma prática especializada e, portanto, seria interessante que as instituições mantivessem convênio com as clínicas de diálise para que, caso necessário, os funcionários destas se desloquem até o hospital para a realização do procedimento, assim como acontece quando existe a necessidade de hemodiálise.

Nos casos em que a internação se dava no hospital onde era locado o serviço de diálise de referência desses pacientes, os mesmos foram deslocados ao centro de diálise para fazer o tratamento durante o dia, horário em que o serviço de diálise peritoneal funcionava. Esse fluxo de atendimento evitava a necessidade de um responsável se deslocar até o hospital para a efetivação do tratamento.

Outra questão que sobressai na análise dos trechos das falas de Bálamo e Tulipa é a perda da autonomia dos mesmos durante a hospitalização. Escolher a terapia de substituição renal a ser realizada como tratamento para a DRC é um direito das pessoas que apresentam esta doença como diagnóstico. Uma vez que os entrevistados necessitam de internação e não podem realizar a DP durante esse período, o seu direito está sendo negligenciado (BRASIL, 2014b).

Segundo Carretta; Bettinelli e Erdmann (2011, p.960), “a autonomia sugere tomada de decisão deliberada ou mais livre, preservação da integridade e individualidade, baseada em aspirações, valores, crenças e objetivos particulares de cada ser”. Porém, a tomada de decisão durante uma hospitalização está circundada de questões administrativas e burocráticas que são inerentes à instituição hospitalar, e, no caso dos entrevistados, por vezes, estas impossibilitaram a realização da terapia dialítica.

Associada à perda de autonomia durante a internação, constata-se a restrição na realização das atividades de autocuidado, o que causa maior dependência de familiares para realização da terapia neste período.

Ademais, assim como em outros pontos da RAS, a falta de conhecimento dos profissionais que atuam na atenção terciária também foi evidenciada nos dados, conforme trechos de falas a seguir.

Nos hospitais, eles não têm conhecimento, aí você tem que ficar explicando o que é e como que funciona. Só uma vez que eu fui no hospital XXX, que uma médica de lá sabia, também ela era conhecida da Doutora YYY [médica do serviço de DP] [Lisianto].

Você vai no hospital fazer alguma coisa, aí você tem que explicar que você é paciente renal e que faz diálise peritoneal, como que é, como que faz, porque o pessoal não conhece [Gerbera].

Novamente, ficou evidente a vulnerabilidade à qual o indivíduo que realiza a DP no domicílio está exposto e a necessidade de proporcionar educação

permanente aos profissionais da atenção terciária acerca da temática da DRC, seus tratamentos e implicações.

Acredita-se, diante do exposto, que, assim como com a APS, não há comunicação e conseqüentemente inexistente um sistema de referência e contrarreferência eficiente e eficaz entre a atenção terciária e o serviço de diálise. Isso contraria o princípio da integralidade do SUS. Destaca-se que manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS é uma atribuição do serviço de nefrologia, segundo a Portaria nº 389 de 13 de março de 2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Salienta-se que todos os participantes são usuários do SUS e conseqüentemente são submetidos a um mesmo fluxo e modelo de organização da RAS. Ao analisar o ponto de vista destes sobre seus percursos de busca e a obtenção dos cuidados na RAS, identifica-se, entre outros elementos, a existência de rupturas, fragmentações, ausência de vínculos com a Atenção Primária, desconhecimento sobre existência de Serviço de Atenção Domiciliar, vínculo principal com serviço especializado de nefrologia.

### **6.2.2.3 Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP**

Na análise dos dados empíricos, compreende-se que a ocupação atenua o convívio com a DP como tratamento da DRC. Desses dados emergiu a categoria: Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP, que, conforme Diagrama 03, a seguir, resultou das subcategorias: “A ocupação como provedora de sentir-se útil” e “Considerando a situação de saúde para avaliar se é possível trabalhar”.

### **6.2.2.3.1 A ocupação como provedora de sentir-se útil**

O “manter-se ocupado” foi relatado pelos entrevistados como uma maneira de sentir-se útil, atenuar o convívio com a DP e tornar o dia mais produtivo. Realizar este tratamento no domicílio durante a noite possibilitava aos participantes da pesquisa ficar livres durante o dia para realização de atividades que variam de acordo com a sua situação de saúde.

Relatos de atividades como cuidar da casa e quintal, desenvolver atividades na igreja e trabalhar foram apontadas, conforme mostram as falas a seguir, como provedoras da sensação de sentir-se útil.

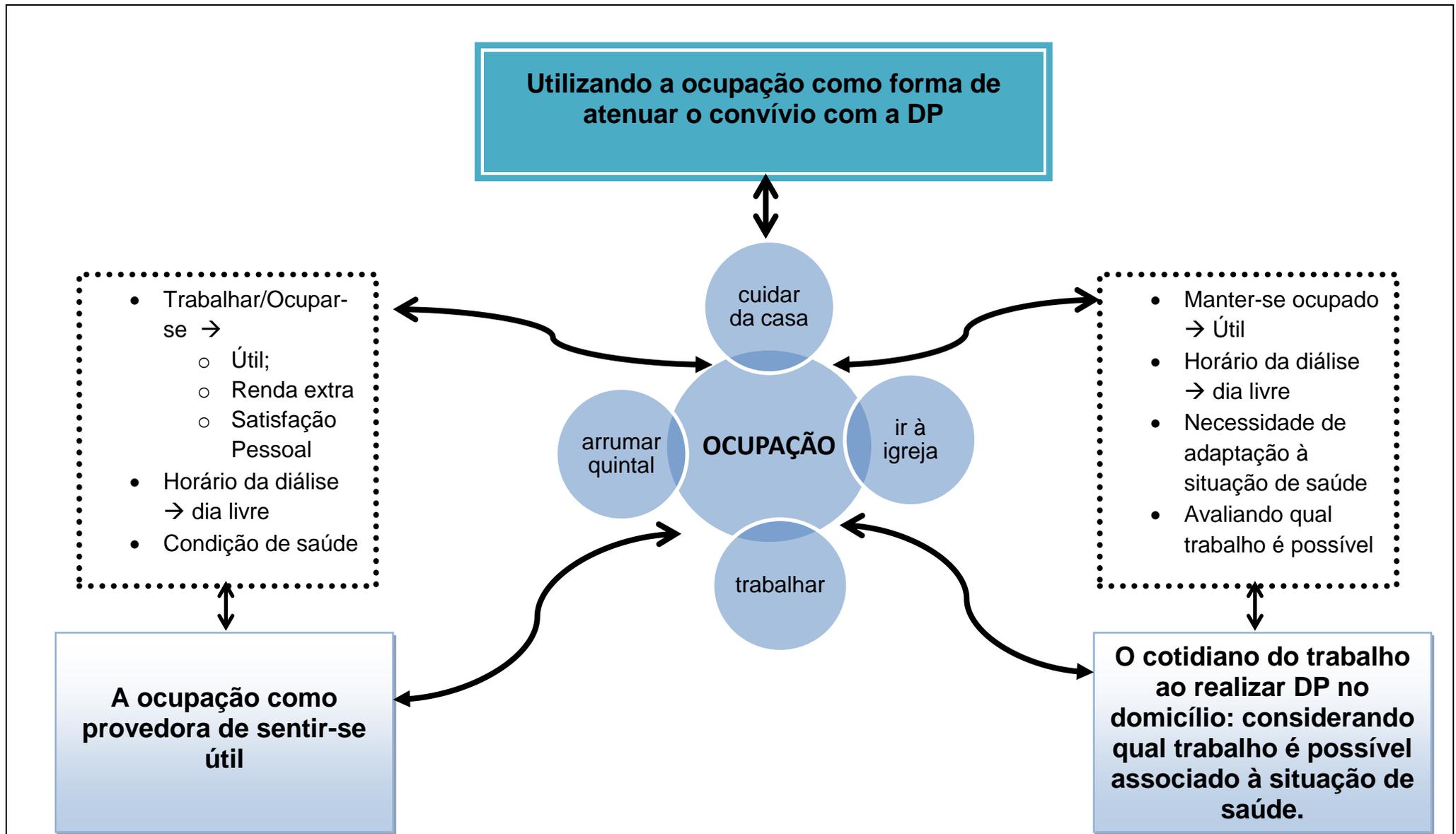
E, mesmo eu fazendo o tratamento, eu não deixo de fazer certas atividades porque eu acho que isso espairose e tal [Crisântemo].

Ah eu faço aula [de música], eu dou aula [de música], eu toco em uma banda. E também na igreja, quando eles precisam de música, eles ligam para a gente [...]. Ocupa o tempo, né? Eu acho que a pessoa assim, que tem problema já, igual ter que fazer a diálise, aí você ficar parado o dia inteiro, só vendo televisão e pensando nisso não vai te ajudar em nada [Lisianto].

Eu me sinto útil, porque você ficar parada é ruim demais, né? Eu fico até mais animada, porque ficar parada sem ocupar a cabeça é muito ruim. Eu sempre trabalhei como doméstica e pretendo trabalhar até quando eu puder. Eu gosto! [Amarílis].

Nos trechos apresentados, Crisântemo, Amarílis e Lisianto afirmam que a realização de atividades lhes possibilita desviar-se de preocupações, evita que fiquem focados apenas na sua doença e tratamento e que, além disso, estas atividades são importantes para higiene mental.

Diagrama 03 - Condições intervenientes: Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP



Fonte: A Autora.

Porém, para a realização das mesmas, os entrevistados avaliam a sua situação de saúde e se adaptam, conforme apontam os trechos das falas a seguir:

É lógico que eu não vou ficar pegando peso, sabendo que eu não posso ficar pegando peso, mas eu faço algumas atividades. Eu gosto de cozinhar, eu vou pra cozinha fazer as coisas. E trabalhos extras e tal que são precisos de fazer, eu faço [Crisântemo].

Aqui eu só faço alguma arrumação, que às vezes precisa eu faço, mas não é tudo não, eu não consigo. Às vezes, eu quero subir na escada para trocar uma lâmpada, mas com a tendência de cair, então, eu já não subo [Balsamo].

A minha filha que sempre vem aqui em casa e está me ajudando em alguma coisa. E eu faço assim, trabalho na congregação, eu sou Testemunha de Jeová, então eu trabalhava e tinha mais o trabalho na congregação e agora eu procuro, eu não consigo fazer tanto que eu fazia antes, né? Eu ainda tenho o meu trabalho ministerial, mas eu faço menos [Bromélia].

Percebe-se que os entrevistados, a todo o momento, avaliam sua situação de saúde para realizar ou não alguma ocupação. E, quando necessário, solicitam ajuda, assim como descrito no relato de Bromélia que recebe o apoio da filha para ajudá-la nas tarefas que seriam de sua responsabilidade, porém, por condições impostas pela doença, sozinha ela não consegue fazer.

O apoio da família na realização do procedimento dialítico e/ou com as ocupações do indivíduo favorece o convívio com a DP no domicílio às pessoas que necessitam desta terapêutica. Segundo Branco e Lisboa (2015), quando a família é participativa, os indivíduos que realizam DP se sentem mais seguros, confiantes e apresentam maior estabilidade emocional para realização do autocuidado no domicílio. Essa afirmativa corrobora com a análise das entrevistas e observações participantes daqueles indivíduos que tinham uma pessoa para ajudá-los no procedimento dialítico.

Destaca-se que os entrevistados, ao relatarem que avaliam sua situação de saúde para resolver qual ocupação irão ter, mostram-se mais preparados para o autocuidado, pois os mesmos conhecem os seus limites e, quando não conseguem fazer determinadas atividades, solicitam. Segundo eles, o importante é se ocupar.

Brito (2009) ressalta que receber o diagnóstico de uma doença crônica ou adquirir repentinamente uma deficiência e/ou disfunção ocasiona impactos no cotidiano da vida das pessoas, que podem acarretar em incapacidades que levam a

prejuízos em atividade relativamente simples, como dirigir e varrer uma casa. Porém, mesmo a doença trazendo uma incapacidade real, ela não limita totalmente o indivíduo, de tal forma a haver outras possibilidades que devem ser consideradas para estimular demais interesses e funções para este.

O sentimento de incapacidade associado a ter e/ou adquirir uma doença pode interferir negativamente na qualidade de vida do indivíduo, sendo, então, necessária a realização do processo de reabilitação deste, que visa conscientizar as pessoas em relação às suas capacidades. Para tanto, a pessoa deverá estar consciente das suas limitações, a fim de superá-las e/ou contorná-las (BRITO, 2009).

Na análise dos dados desta dissertação, percebe-se que os entrevistados realizam atividades no seu dia a dia para as quais buscam adaptações que foram relatadas como facilitadoras para sua efetivação, o que vai ao encontro dos achados de Brito (2009). Ressalta-se que os mesmos conhecem e avaliam os limites impostos pelo corpo e pela situação de saúde, porém se mantêm ocupados em adequar a situação de saúde ao contexto da vida, buscando melhor qualidade desta.

#### ***6.2.2.3.2 O cotidiano do trabalho ao realizar DP no domicílio: considerando qual trabalho é possível associado à situação de saúde***

Como visto anteriormente, o trabalho foi apontado como uma ocupação que facilita o convívio com a DP, porém a possibilidade de trabalhar é influenciada, principalmente, pela condição de saúde que, por vezes, impõe limitações aos pacientes.

De acordo com os dados coletados na primeira etapa da pesquisa, descobrimos que nenhum dos entrevistados apresentava atividade laborativa no regime de celetista, mas, na segunda etapa, foi apontado que alguns entrevistados desenvolviam atividades que possibilitavam renda extra ou obtinham satisfação pessoal com o trabalho voluntário.

Durante o dia, eu vou trabalhar, você viu ali a minha “sucataiada”? Eu mais ela [esposa] vamos correr atrás, vamos trabalhar [...]. Por que senão, não

dá, né? O dinheiro da aposentadoria, não dá. Eu gasto tanto dinheiro com remédio [Cravo].

Por enquanto eu estou fazendo serviço de rua, né [...]. É um serviço voluntário, a associação, [Associação dos Pacientes Renais Crônicos de Juiz de Fora] ela vive de donativos, então as pessoas são sócios contribuintes, e a associação ela vive da contribuição dessas pessoas, entendeu? Que não é paciente renal crônico, então, você tem que ir na casa delas pegar contribuição para associação [Violeta].

Nos relatos de Cravo e Violeta, ambos revelam que é possível trabalhar e conviver com a DP. Eles se mostraram adaptados e capazes para realizar as duas atividades. Cravo se refere ainda à necessidade de recolher sucatas para aumentar sua renda mensal, haja vista os gastos excessivos com medicação que oneram seus proventos.

Assim como relatado por Cravo, a redução dos rendimentos devido à presença da DRC foi apontada no estudo de Godoy, Neto e Ribeiro (2006), estando esta na magnitude de aproximadamente 11%. Esses autores também afirmaram que existem implicações da DRC no mercado de trabalho e na vida das pessoas com essa doença e de seus familiares, pois a presença desta está associada à redução das horas trabalhadas, menores valores de salários e saída antecipada do mercado de trabalho, levando a aposentadorias precoces.

Para outros entrevistados, conforme falas a seguir, a incapacidade para a atividade laborativa, assim como descrito por Branco e Lisboa (2015), causa a sensação de limitação e de inutilidade.

E também eu não posso fazer nada, eu não posso trabalhar, né, não dá para trabalhar, a única coisa que eu posso fazer assim é algo sem compromisso, né [...]. A dificuldade é essa que eu te falei, de não ter, da gente não saber o que vai acontecer daqui a pouco [Orquídea].

Eu estou sendo um prejuízo para a nação [...]. Eu falo isso porque, enquanto eu podia estar bem trabalhando, hoje eu estou gastando, né? Não está sendo bom para a nação, né? É claro que não está. E os remédios que eles me dão, quanto custa? Os produtos sai em mais de oito mil reais, entendeu? Mas tem que ter, né [Bálsamo].

As falas de Orquídea e Bálsamo põem à mostra a dificuldade em realizar alguma atividade laborativa devido às restrições impostas pela doença. A incerteza relacionada ao tratamento foi apontada como dificultadora de ter uma ocupação. Reforça-se a insatisfação dos mesmos devido a essa situação, pois, segundo Carreira e Marcon (2003, p.824), “o trabalho constitui uma das formas mais ativas de

os indivíduos conviverem melhor no meio familiar, sem o qual eles perdem o equilíbrio, desagregam-se”. Sendo assim, torna-se necessário compreender e ajudar as pessoas que realizam a DP no domicílio e querem um vínculo empregatício a verificar suas possibilidades e potencialidades.

Porém, como descrito anteriormente e relatado nos trechos de entrevistas, a seguir, a possibilidade de ter um trabalho como ocupação varia de acordo com a condição de saúde de cada entrevistado e o tipo de atividade a ser desenvolvida. Percebe-se que, dependendo da limitação apresentada, as pessoas estão aptas ou não a desenvolver alguma atividade laborativa.

Trabalhar atrapalha porque a gente toma muito remédio, igual no meu caso, eu sinto muito cansaço e a gente toma muito remédio, e tem remédio que a gente toma que dá um enjoo, só de falar nele já te dá um enjoo, mal-estar. No meu caso, eu acho que prejudica [Bromélia].

Dependendo do trabalho, dá para trabalhar. É lógico que cada um tem um tipo de doença, né. A gente não sabe, tem gente que não sei, entrega os pontos mais fácil, ou se já tem outras doenças a mais, às vezes a pessoa é diabética, coisa que eu não sou, né. Mas, se fosse assim, num escritório, eu acho que daria, mas como o meu último emprego foi no comércio, aí não teve jeito [Begônia].

Eu trabalho num escritório, né? Para mim, dá para trabalhar lá porque eu trabalho sentada, é tranquilo e o meu patrão não importa de eu faltar, se eu estiver passando mal ou se tiver que vim consultar, porque a gente vem consultar uma vez no mês, então tem que faltar [Gérbera].

Segundo o relato de Gérbera, os pacientes que realizam a DP no domicílio necessitam de se deslocar até o centro de diálise pelo menos uma vez ao mês para consulta, sendo necessária, por conseguinte, ausentar-se do local de trabalho. Esta falta, associada às restrições físicas, como as descritas na fala de Begônia, é avaliada no cotidiano destes indivíduos, e, dependendo do empregador, podem ser considerados critérios de não contratação ou de demissão por parte da empresa. Assim sendo, os mesmos ponderam sobre qual trabalho será realizado, visando amparar a sua tomada de decisão de ter ou não uma ocupação.

Como salientam Carreira e Marcon (2003, p.830), a “doença renal e seu tratamento não constituem fator impeditivo direto e absoluto para a realização de algum tipo de atividade remunerada por parte da maioria dos doentes”. Porém é necessário reconhecer quais são as limitações que o tratamento da doença impõe

ao indivíduo, haja vista que este interfere na rotina de vida dos pacientes e de seus familiares.

Os entrevistados relataram que realizam a DP no domicílio no período noturno, e essa opção foi apontada, conforme falas a seguir, como facilitadora para a manutenção da atividade laboral. Isso se justifica haja vista que os mesmos, a maior parte do tempo, ficam livres durante o dia e também não se faz necessário o deslocamento com frequência para o centro de diálise para realização de exames, consultas médicas, entre outros.

Não atrapalha nem um pouco [trabalhar], até porque eu faço a diálise peritoneal no horário de dormir, entendeu? Então, durante o dia, eu tenho o dia todo livre. Tenho o dia e praticamente quase a metade da noite, entendeu? [Violeta].

Eu sou diarista, eu trabalho para um rapaz há dois anos, mas não é serviço pesado não, porque senão a gente também não aguenta. É coisa leve. [...] Dá para trabalhar sim, ainda mais a peritoneal que você fica o dia inteiro livre [Amarílis].

Assim como nesta dissertação, o horário de realização do procedimento dialítico também foi apontado como maior possibilidade de reinserção no mercado de trabalho no estudo de Oliveira *et al.* (2012), porém, ainda assim, em ambos os estudos, poucos participantes realizam atividade laboral.

Para esses autores, “o trabalho mostrou ser uma faceta importante da vida desses pacientes e merece mais atenção dos profissionais que trabalham em Serviço de Nefrologia” (OLIVEIRA *et al.*, 2012, p.356). Desta forma, ressalta-se que cabe aos profissionais da diálise avaliar a vontade do paciente e a possibilidade de reinserção no mercado de trabalho e, a partir daí, desenvolver estratégias que possibilitem esta inserção.

Assim como descrito no estudo acima, nesta dissertação, para os entrevistados, a possibilidade de ter uma ocupação, seja ela remunerada ou não, atenua o convívio com a DP, pois, ao se ocuparem, os indivíduos mantêm-se mais saudáveis mentalmente e se sentem úteis, com consequente melhora da sua qualidade de vida. Para tanto, quanto ao cotidiano do trabalho para estes, devem-se considerar aspectos como: tipo de serviço a ser desempenhado, possibilidade de ausentar-se para consultas médicas e exames, além das restrições físicas impostas pela doença.

Destaca-se que os entrevistados são aposentados por invalidez ou encontram-se afastados de suas atividades laborais devido à presença da DRC e do tratamento dialítico, e, por este motivo, eles não podem ser contratados por regime celetista (BRASIL, 1991). Acredita-se que a insegurança em manter um emprego, uma vez que necessitam se ausentar para consultas e apresentam algumas restrições físicas, impeça os mesmos de procurarem trabalho que os contrate neste regime.

#### **6.2.2.4 Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação**

A partir da análise dos dados empíricos desta pesquisa, percebeu-se que, ao iniciar e dar continuidade ao tratamento dialítico, o indivíduo necessitava se adaptar às situações da vida e adaptar o meio em que vive. Desta forma, emergiu a categoria denominada: “Adaptações se fazem necessárias”, que foi conformada a partir de duas subcategorias, a saber, “Adaptando a casa e/ou quarto para a realização do tratamento” e “Adaptando as situações para melhor conviver com a diálise” (Diagrama 04).

Ao emergir esse fenômeno, os entrevistados demonstraram atender o quinto requisito de autocuidado de desvio de saúde, que faz referência a aceitar e adaptar-se positivamente às suas adversidades de saúde e conseqüentemente aderir às formas específicas de atendimento (OREM,1995).

Diagrama 04 – Estratégias de ação/interação: Adaptando-se às necessidades<sup>4</sup>

Fonte: A Autora.

<sup>4</sup> As imagens do Diagrama 04 demonstram as adaptações realizadas pelos entrevistados em suas casas. À esquerda, foram instaladas pia e prateleira no quarto onde é realizado o procedimento dialítico, o que possibilita a lavagem das mãos. À direita, um portão que foi colocado na porta do quarto para impedir a entrada do animal de estimação no ambiente em que é feita a diálise.

#### 6.2.2.4.1 Adaptando a casa e/ou quarto para a realização do tratamento

Ao realizar as visitas domiciliares para a coleta de dados e na posterior validação da teoria, ficou evidente a preocupação dos entrevistados relacionada ao cuidar da casa e principalmente do quarto onde o procedimento dialítico era realizado. Uma preocupação se referia ao local de guarda do material para a diálise, pois, além de ocupar grande espaço na residência, o mesmo não poderia ficar em local ensolarado, úmido ou diretamente no chão.

Alguns entrevistados optaram em não deixar os materiais na vista de pessoas que fossem visitar suas casas, para tanto uns guardavam os mesmos na garagem e diariamente pegavam uma pequena quantidade que possibilitasse a realização do procedimento. Outros colocaram o material em quartos que não eram utilizados por demais membros da família, ou ainda, conforme mostra a Figura 05, construíram um armário para guarda dos materiais, do tipo divisória, que foi colocado no quarto da paciente a fim de não deixar visíveis os materiais.

**Figura 05: Armário para guarda dos materiais da diálise**



Legenda: À direita, o armário construído para a guarda do material para a diálise visto de dentro do quarto e, à esquerda, a visão de dentro do armário.

**Fonte: A Autora.**

Porém não deixar visível o material não era uma realidade de todos os entrevistados. Alguns colocavam os materiais na área coberta da varanda que dava visão para a rua, e outros os guardavam na sala em que recebiam visitas. Embora

se tenha apreendido que, para estes entrevistados, o fato de o material ficar visível por vezes ocasionava desconforto, porém as residências eram menores e não havia outro local para guardá-lo.

Contudo, infere-se que os entrevistados preparam suas residências para a realização do tratamento no domicílio e que os mesmos não medem esforços para a manutenção do seu autocuidado. Zillmer e Silva (2015) afirmam que, para a realização da DP no domicílio, os indivíduos organizam os espaços da casa para receberem e armazenarem o material necessário ao tratamento e para a realização do procedimento.

Percebeu-se que todos os participantes realizam a DP em seu quarto e este foi, conforme trechos de falas a seguir, o cômodo da casa que mais sofreu modificações para possibilitar o tratamento no domicílio.

No quarto, né? Teve que colocar a pia, tanto lá como aqui. Lá em Chácara, também teve que colocar. A única mudança que teve foi a pia mesmo, porque não tinha pia ali, né? Porque a casa é alugada, aí eu tive que conversar com a dona em relação à pia, aí ela autorizou numa boa [Tulipa].

Eu fiz um quadradinho, um banheiro, assim [risos]. Um vaso com uma pia, entendeu? Porque o negócio ficou complicado na hora. Teve que fazer rapidinho por causa da máquina, já que estavam prestes a me mandar embora para casa [Dália].

Eu arrumei aqui a casa, dei uma ajeitada, mudei tudo, porque o computador estava lá no meu quarto, tudo estava lá. Então eu tirei tudo pra cá [sala], resolvi tudo nesse quarto de cá [quarto de hóspede], deixei só a cama e a televisão lá, coloquei o criadinho lá e a máquina, aí deixei tudo mais espaçoso, né? Aí comprei só uma torneira, na época, uma torneira mais alta, adaptada para poder não ficar encostando a mão ali, e comprei também os panos para poder fazer a limpeza, né? As compressas, o sabão para lavar a mão e o álcool 70 também [Violeta].

Colocou parede no quarto, colocou uma porta [...], a cortina teve que mudar, que era uma rosa linda, acabou minha cortina rosa linda [Calas].

De acordo com os trechos apresentados, adaptações foram realizadas e variaram das mais simples, como relocação de móveis e compra de torneiras, às mais complexas, como construção de um banheiro. Em um estudo realizado por Abud (2013), o local predominante para a realização da DP no domicílio também foi o quarto.

Durante as visitas domiciliares realizadas, ficou evidente a despersonalização do local onde era realizado o tratamento, pois não havia porta-

retratos, enfeites e cortinas. Segundo os entrevistados, os objetos que eram mantidos no quarto antes da realização do tratamento domiciliar deram espaço para cicladora, mesa acessória, materiais para uso imediato e *blackout*.

Em pesquisa etnográfica realizada no Rio Grande do Sul, com 20 participantes, os autores relataram que havia nos quartos objetos que não deveriam estar lá devido à possibilidade de infecções pelo acúmulo de poeira, como tapetes, cortinas, imagens de santos e porta-retratos. Nesse estudo, porém, os entrevistados relataram que deixavam esses objetos no quarto para tornar o ambiente mais personalizado e acolhedor (KILLMER; SILVA, 2015).

Conforme será discutido na próxima categoria, uma das principais preocupações dos entrevistados se relacionava à higiene das mãos para a realização do procedimento dialítico. Pôde-se perceber na fala de Tulipa a preocupação em se instalar uma pia dentro do quarto que viabilizasse a lavagem das mãos. Já Dália providenciou a construção um banheiro para que houvesse facilidade neste processo de higienização.

Além da higienização das mãos, possuir um local para colocar a linha de drenagem da cicladora, que transporta o líquido (dialisado) ultrafiltrado do peritônio até o esgoto, é necessário.

A maioria das pessoas, quando não tem um banheiro dentro do quarto, aí tem que pegar aquela linha de diálise [linha de drenagem] e colocar lá fora. Aí, como meu pai é pedreiro, eu pedi a ele, e ele fez igual aqui [serviço de diálise], ele ligou um cano só para isso, ele fez uma preparação bem melhor, porque aí não precisa pegar e sair do quarto para colocar a linha no banheiro, também não precisa ficar passando com ela no chão, é bem mais fácil [Lisianto].

Apreendeu-se que os entrevistados se preocupavam com a presença da linha passando pela casa, pelo risco de queda e pelo “mal-estar” relatado por eles devido à presença de linhas de borracha juntas ao chão. Para sanar esse problema, na residência de Astromélia, seu esposo fez um orifício, conforme mostra a Figura 06, que interligava o quarto da mesma, local onde era realizado o procedimento dialítico, ao banheiro. Por esta abertura, que foi revestida com tubo de PVC, a linha de drenagem que saía da cicladora era encaminhada até o ralo do banheiro.

**Figura: 06. Adaptação realizada no quarto e banheiro para conduzir a linha de drenagem até o esgoto.**



Legenda: À esquerda, o orifício visto pelo quarto e, à direita, pelo banheiro.

Fonte: A Autora.

Novamente, tornaram-se evidentes os esforços realizados pelos entrevistados e os seus familiares a fim de aderirem às atividades de autocuidado relacionadas ao tratamento dialítico. Percebeu-se que os entrevistados não se opuseram às modificações solicitadas, por entenderem a necessidade dessas adaptações para melhor realizarem a terapia no domicílio, além de diminuírem as possibilidades de apresentarem um evento infeccioso. Porém a necessidade de adequação da residência levou Cravo a não almejar, inicialmente, realizar a DP no domicílio.

Eu não queria vim para casa [para fazer DP no domicílio] [...] Aqui não era piso, não tinha nada disso, foi meu genro que quebrou um galho para mim e colocou um piso, mais ou menos. E depois aquela menina [assistente social], ela falou comigo que eu podia fazer, e o resto é o quarto, demos uma arrumadinha, porque antes era de cimento grosso mesmo, aí tirei as coisas que estavam em cima da parede, do guarda-roupa, então, ali fica somente meu guarda-roupa e a televisão [Cravo].

Conforme descrito na fala de Cravo, adaptações foram realizadas em toda a sua residência, e, como o mesmo não poderia realizá-las sozinho, a presença do genro foi essencial, pois este assentou os pisos que, associados às outras adaptações, viabilizaram a realização do tratamento no domicílio. A dependência de outra pessoa para auxiliá-lo nas adaptações, possivelmente, foi o que o levou a não desejar realizar o tratamento em sua casa, pois, de acordo com o relatado por ele, o genro “quebrou um galho”, ou seja, fez um favor, pois esta não era a obrigação dele.

Além disso, Cravo e outros entrevistados, cujas falas não se encontram descritas nesta dissertação, relataram que a responsável no serviço de DP para a realização da visita domiciliar, que visa a adequações do ambiente para a realização do tratamento, é a assistente social. Porém, segundo Trajano (2005), quando existe a indicação para a realização da DP no domicílio, é o enfermeiro do serviço de diálise que deverá ser responsável pela avaliação de todo o ambiente domiciliar e pela realização dessa terapia.

Entre os aspectos a serem considerados na atenção do enfermeiro frente ao indivíduo que realiza a DP no domicílio, estão o ambiente no qual será realizada a terapia e o local de guarda dos materiais (ABUD, 2013). Como o enfermeiro é o responsável pela educação terapêutica que possibilita o tratamento dialítico no domicílio e foi considerado como referência pelos entrevistados em casos de dúvidas, ele também deve realizar a visita domiciliar, haja vista a inserção deste em todo o processo que permeia o realizar a DP no domicílio.

Além das adaptações descritas até então, o impedimento da entrada de animais de estimação no quarto onde era realizado o procedimento dialítico foi relatado pelos entrevistados.

Aqueles são meus bichos de estimação [um cachorro e um gato]. Eles não atrapalhavam a diálise, é possível manter os bichos e fazer a diálise, para tanto tem que tomar cuidado para não deixar os animais entrarem em seu no quarto [Cravo].

Eu comprei essa grade para colocar na porta, aí ela [a gata] não entra no quarto [Bromélia]

Todo dia de manhã, quando meu marido sai para trabalhar, ele fecha a porta para ele [cachorro] não entrar, para eu poder terminar a diálise tranquila. Quando dá oito horas, se eu não levantar, o Bili [cachorro] bate na porta. Ele bate na porta, igual hoje para ver, é para ver se pode entrar. Se eu colocar a máscara, ele não entra, ele sabe que não pode. Aí, eu coloquei a máscara para ver se “oh, se você ficar com a máscara, aí você me acompanha a fazer diálise, mas se você não ficar, você não pode me acompanhar” e ele não ficou, então eu vou ter que continuar fechando a porta toda vez que eu for fazer diálise [Margarida].

Percebe-se na fala de Margarida a tentativa de colocar máscara no cachorro para mantê-lo dentro do quarto durante a realização do procedimento. Como a utilização da máscara é obrigatória para os indivíduos durante todo o processo da diálise, que culmina no ato de se conectar e, após o término do procedimento, no de se desconectar, ela imaginou que, caso o cachorro utilizasse a

máscara durante esses momentos, não haveria problema em deixá-lo no quarto. Apreende-se, assim, uma prática de cuidado que investe esforços para manter o autocuidado terapêutico e que, para tanto, utilizou-se da adaptação ao tratamento de acordo com seu contexto.

Já os outros entrevistados seguiram as recomendações do serviço de diálise, que é não permitir a entrada dos animais de estimação no ambiente, porém aqueles autorizavam a entrada destes em outros ambientes da casa, não seguindo a recomendação dada. Esse resultado é semelhante ao encontrado por Zilmer e Silva (2015).

Diante do exposto, pode-se inferir que as adaptações nas residências são realizadas pelos entrevistados e estas visam atenuar o convívio com a DP e se dão através de esforços dos mesmos para garantir a manutenção do autocuidado terapêutico.

#### ***6.2.2.4.2 Adaptando-se às situações para melhor conviver com a diálise***

Prosseguindo-se com a análise dos dados empíricos desta dissertação, compreende-se que, além das adaptações relacionadas ao domicílio sugeridas pelo enfermeiro e assistente social do serviço de diálise, adaptações no contexto de vida eram realizadas de forma a tornar o conviver com o tratamento dialítico mais agradável. Essas adaptações visavam, também, a menor interferência da diálise na vida social de quem a realizava.

Hoje, não me atrapalha, porque eu sei me adaptar aos meus meios. Tipo assim, se eu quero sair, beleza, eu vou sair, na hora que eu chegar, se deu pra fazer, deu, se não deu, eu faço durante o dia, entendeu, eu posso tirar o dia aí pra eu fazer a diálise [Violeta].

Quando tenho que sair, ir ao médico, ir fazer exame de manhã [...] no lugar de eu poder ir nove, dez horas para máquina, eu tenho que ir sete horas [Calas].

Todo domingo eu vou pra roça [...]. Quando eu não vou, eu levo ela (mãe) no sábado, fico lá, quando é 20 ou 21 horas, eu volto e, no outro dia, de manhã, eu vou outra vez e volto de noite. E, quando eu quero sair, eu me adapto. Por exemplo: eu fiquei mais de um mês sem faltar um dia de fazer diálise [...] e eu tinha uma festa de medicina, então, naquele dia, eu não fiz,

porque eu fui para a festa, eu cheguei às 4 horas da manhã. Então, eu me programo. Se tiver uma festa, você me convidar para uma festa, um horário que eu tenho que não fazer, então, eu já me organizo para que, naquele dia, eu não faça a diálise [Begônia].

Os entrevistados, conforme os relatos acima, adequavam o horário da diálise aos compromissos, sejam eles sociais ou relacionados ao tratamento. Porém, a entrevistada Begônia relatou não realizar a diálise caso tenha um compromisso. Destaca-se que esse tipo de conduta não é adequado, porque pode acarretar danos à vida relacionados à aderência ao tratamento.

Além das adaptações descritas anteriormente, adaptar-se para a relação sexual também foi relatado por entrevistados:

Engraçado que eu, na primeira vez que eu fiz diálise, eu me abster de qualquer contato sexual, por ter vergonha do meu corpo [...]. Era aquela questão de eu me despir na frente de um homem, o quê que ele vai pensar que eu tenho isto aqui [apontou para o cateter] [...] Aí, em questão do cateter, como eu uso a bolsinha, não me incomoda mais, me ensinaram a amarrar aqui e “manda ver” [risos]. Eu deixo aqui a bolsinha do lado... bota do lado, para não ficar aqui, incomodando aqui em cima, e mando ver! [Margarida].

Não atrapalha [o cateter] em nada não [fazer sexo], a gente procura levar a vida o mais normal possível, né? Às vezes, assim, é uma coisa na barriga, é uma coisa mais cheia de dedos, mas não atrapalha em nada [...], eu coloco aquele cintinho [Lírio].

As falas das entrevistadas revelam o cuidado que se deve ter com o cateter no momento da relação sexual. Elas relatam a utilização do cinto que prende o cateter junto ao corpo como forma de não tracioná-lo durante a relação, ou seja, elas buscam alternativas/estratégias para adaptação e manutenção de atividades básicas da vida diária.

Desta forma, apreende-se que os entrevistados convivem com a DP e realizam o seu tratamento com adaptações, e estas, conforme descrito por Zillmer e Silva (2015), são realizadas de acordo com a avaliação dos entrevistados em resposta do corpo, do contexto em que vivem e dos recursos de que os mesmos dispõem. Segundo Peterson (2001), conviver com uma doença crônica tem sido apontado como um processo que se modifica continuamente e, neste, os indivíduos experimentam uma interação complexa entre sua doença e seu contexto de vida.

Esse processo de adaptação ficou evidente no dia a dia do indivíduo que realiza a DP e também foi relatado por outros autores. Para Branco e Lisboa (2015), as dificuldades encontradas pelos pacientes que realizavam DP no domicílio eram minimizadas mediante as adaptações que foram realizadas a partir do apoio da enfermagem, dos familiares e de redes de apoio. Sadala *et al.* (2012) afirmam que a adaptação com vistas à superação de dificuldades é um alvo a ser alcançado pelo enfermeiro no processo educativo para a realização da DP.

Em um estudo realizado por Zillmer e Silva (2015), o eixo central dos resultados estava nas adaptações ao tratamento feitas pelos indivíduos. Estas eram realizadas de acordo com o contexto social e interferência do tratamento em suas vidas. E, assim como salientado anteriormente, os participantes desta pesquisa realizaram as adaptações conforme seu contexto e de acordo com a forma que o tratamento foi inserido neste.

Desta forma, torna-se essencial a abordagem do enfermeiro aos pacientes que realizam o tratamento dialítico no domicílio, em relação às adaptações que podem e devem ser realizadas, tanto no contexto social quanto no residencial, com vistas a atenuar o convívio com a DP e conseqüentemente melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida.

#### **6.2.2.5 Ritual Terapêutico: realizando as atividades de autocuidado**

Apreendeu-se com a análise que somente após o implante do cateter, a educação terapêutica direcionada à realização do procedimento e a visita domiciliar por profissional do serviço de diálise, que visava adequar o ambiente da casa, o indivíduo era autorizado a realizar o tratamento em sua residência.

Durante o processo terapêutico que finda na realização do procedimento em domicílio, o indivíduo realizava atividades de autocuidado. Essas permeavam todo o tratamento, e, embora houvesse diferenças dos procedimentos realizados entre os entrevistados, todos mantinham uma rotina sistematizada em suas mentes, era como se os mesmos efetivassem um ritual todos os dias, relacionado ao conviver com a DP.

Diante do exposto, emergiu dos dados a categoria “Ritual terapêutico: realizando as atividades de autocuidado”. Essa categoria, conforme verificado no Diagrama 05, foi formada a partir da associação das seguintes subcategorias: “Portando um cateter: cuidados e convívio; “Tratamento não farmacológico: reconhecimento como atividade de autocuidado” e “Fazendo a diálise peritoneal: o pré, o inter e o pós-diálise”.

#### **6.2.2.5.1 Portando um cateter: cuidados e o convívio**

Para a realização da DP, faz-se necessário que o paciente tenha um dispositivo para acesso peritoneal. No caso dos participantes desta pesquisa, todos mantinham o cateter crônico, que é produzido com silicone ou poliuretano e geralmente apresenta dois “cuffs” de poliéster, que servem para a fixação do cateter e evitar migração bacteriana pela luz do mesmo (ASH; DAUGIRDAS, 2008).

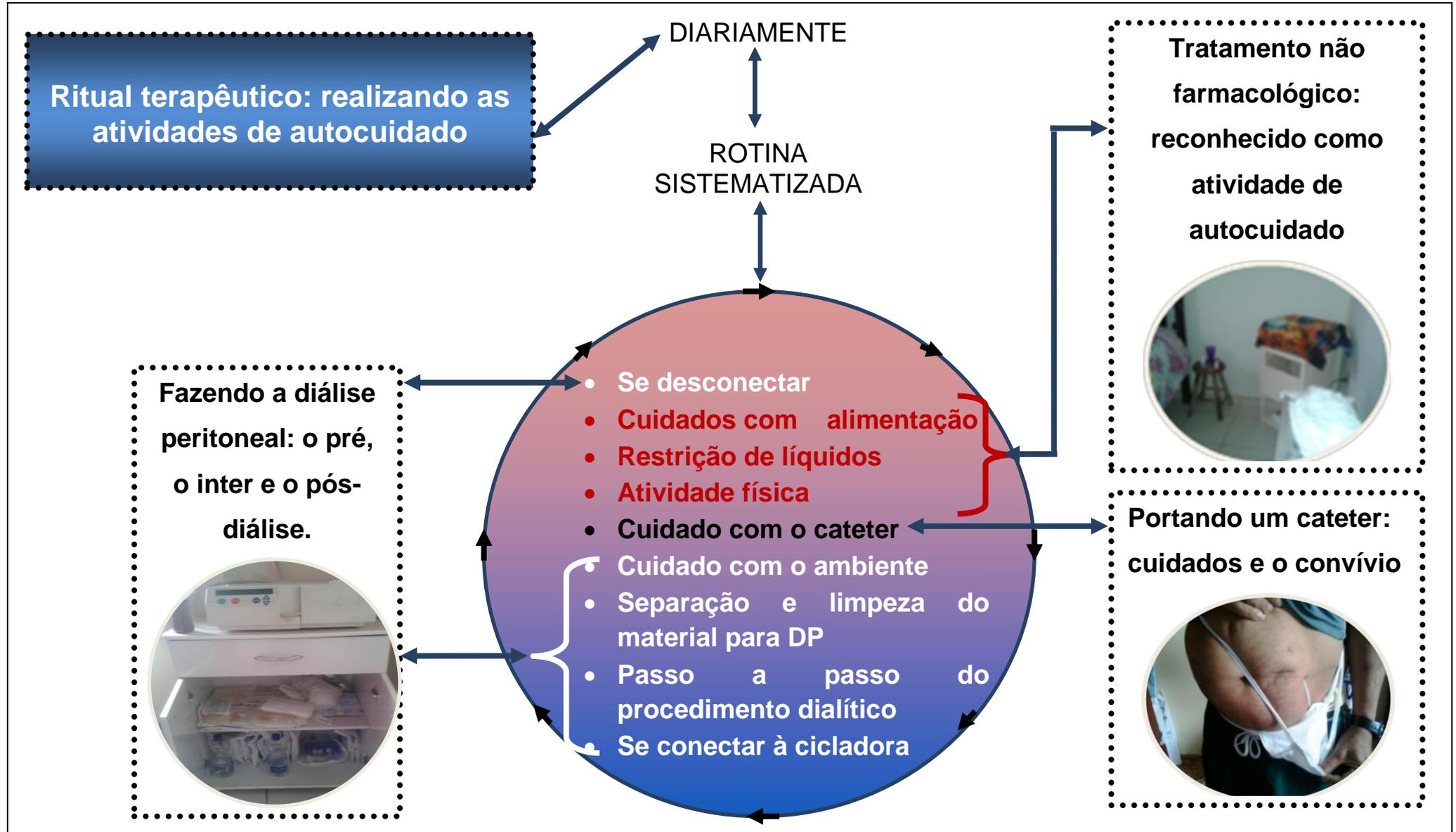
Na análise dos dados empíricos, foi possível perceber que, no geral, os entrevistados convivem bem com o cateter e até brincam, conforme os trechos de falas a seguir, com a situação de portar um cateter em seu abdômen.

Ele é meu pirulito (risos), aí eu falei assim “Ah, depois de velha, arrumei um pirulito!” [Orquídea].

Eu gosto do "rabinho" porque é melhor do que você ficar quatro horas ou oito horas, não sei, numa máquina (fazendo hemodiálise) (Pesquisadora: o rabinho que você fala é o cateter?) É o cateter, mas todo mundo fala cateter, cateter todo mundo tem, rabinho é só o meu [Calas].

Todos os entrevistados relataram o cuidado diário com o cateter. Dentre estes, destaca-se a limpeza do orifício de saída e a realização do curativo.

Diagrama 05 – Consequência: Ritual terapêutico: realizando as atividades de autocuidado



Fonte: A Autora.

Eu faço curativo todo dia. Desde quando vim para casa, eu nunca que abandonei de fazer o curativo. Na hora do banho, eu lavo bem lavado, passo álcool 70% e pomada, eu coloco. A doutora me dá e eu coloco [Dália].

No banho, eu lavo, depois eu passo álcool. Diz a doutora XXX que não adianta nada, mas eu acho que adianta. Na minha cabeça, eu acho que adianta. Aí eu passo álcool. Passo um negócio que a doutora mandou, é um soro, tipo um XXX [Spray] eu aplico o spray, passo a pomada e faço curativo todos os dias [Begônia].

Eu tomo banho e lavo bem lavadinho, com sabonete, o orifício. Eu às vezes joga álcool [Centáurea].

Com base nas falas, pode-se afirmar que os cuidados com os cateteres seguem as orientações da médica responsável pelo serviço de diálise e que esses cuidados são individualizados e variam de acordo com cada paciente. Na fala de Begônia, sobressai a utilização do álcool 70% após o banho, mesmo tendo sido informado pela médica do serviço de DP que esta não é uma prática resolutive. Porém, como a paciente acredita que esta a ajuda a prevenir problemas no orifício de saída, ela continua realizando esta prática de autocuidado terapêutico.

Destaca-se a autoavaliação do paciente diariamente em relação ao seu cateter e à situação do orifício de saída, pois esta direciona a conduta que o mesmo vai tomar, tendo esse como base as orientações da médica responsável.

Eu lavo todos os dias com a água quente do chuveiro, eu vou lá e deixo a água cair e, quando está com um pouquinho de secreção, eu vou e faço um curativo, fora disso, eu não faço não. A doutora XXX disse que, quando estiver com secreção, para eu usar uma pomadinha, mas a maioria das vezes fica sequinho mesmo. Então eu não tampo, porque, se eu tampo, aí costuma dar secreção [Azaleia].

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, relatou-se que o banho diário, a lavagem das mãos e o uso da solução fisiológica 0,9% e da pomada de gentamicina foram apontados como práticas de autocuidado terapêutico com o cateter (CALDERAN *et al.*, 2013).

Outro cuidado relacionado ao cateter, listado pelos entrevistados desta pesquisa, foi a fixação do mesmo, e esta varia de indivíduo para indivíduo, conforme mostram trechos das entrevistas a seguir. Algumas entrevistadas relataram que prendem na calcinha ou sutiã, outros participantes fixam o cateter com a fita adesiva

que é entregue para eles junto com o material mensal ou, ainda, utilizam a bolsa distribuída pela empresa que fornece o material para a DP.

Eu uso a fita para não ficar caindo, senão fica caindo e você já viu, às vezes, a gente é meio estabanado e faz assim [nesse momento, fez o movimento de tração do cateter] e sai arrancando tudo e aí puxa [Cravo].

Eu estou usando a bolsinha de pano que eles dão pra gente, assim para poder proteger o cateter [...] tem hora que ela incomoda no caso de dirigir porque o plástico, né, aperta [Crisântemo].

Eu prefiro colocar ele na calcinha, aquela bolsinha me aperta, e eu não gosto de nada me apertando, me incomoda, aí eu não uso [Azaleia].

Cabe destacar que, entre os entrevistados, apenas três utilizam a bolsa fornecida pela empresa, pois todos reclamam (inclusive os que utilizam) do desconforto devido ao elástico, que é de tamanho único, causando aperto do abdômen, além do prendedor atrás da bolsa, que é de plástico e machuca as costas. Houve também relato entre as mulheres de que a bolsa era grande e marcava muito na blusa principalmente.

Eu detesto aquelas bolsas! [risos]. Ela dá volume na blusa, na roupa, aí a gente não gosta. Eu ponho no cantinho da calcinha e pronto, aí nem parece [Lírio].

Tem hora que incomoda. Eu até coloquei ela ali [Figura 07] porque ela estava me apertando muito, aí eu pus ela aí para esticar o elástico um pouquinho, para não me apertar muito, quanto mais velho vai ficando melhor [...] Ela tem um negócio atrás que incomoda a gente tudo, “um negócio” de plástico [Tulipa].

**Figura 07: Arranjo para utilizar a bolsa de fixação do cateter**



Fonte: A Autora.

Percebe-se pela fala dos entrevistados a adequação de cada um para realizar o cuidado prescrito de manter o cateter fixado. Conforme aponta o relato de Tulipa e tendo em vista a Figura 07, para facilitar o uso da bolsa fornecida, a mesma a colocou na caixa de bolsas de diálise para esticar o elástico, que, para ela, é pequeno e acabava pressionando seu abdômen. Outra entrevistada tinha dois tipos de bolsa, a bolsa distribuída pela empresa que fornecia o material, idêntica à da Figura 07, e outra fornecida ao hospital por uma paciente da DP que confeccionou uma bolsa (Figura 08) de material e fecho diferentes que, segundo a entrevistada, é mais confortável.

**Figura 08: Bolsas para fixação do cateter de diálise peritoneal**



**Fonte: A Autora.**

A não utilização da bolsa fornecida pela empresa também foi relatada pelo estudo de Zillmer e Silva (2015), em que, assim como nesse, os entrevistados relatavam que a utilização era incômoda e lesionava a pele.

Cabe ressaltar que, por essa razão, seria interessante a modificação do modelo da bolsa fornecida pela empresa responsável pela distribuição do material para a diálise.

#### **6.2.2.5.2 Tratamento não farmacológico: reconhecido como atividade de autocuidado**

Conforme descrito anteriormente neste trabalho, o autocuidado é definido como “a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu favor, na

manutenção da vida, saúde e bem-estar” (OREM, 1995, p.104). E, quando foi perguntado aos participantes quais eram as atividades de autocuidado desenvolvidas por eles, respostas como realização da dieta e atividade física foram as mais prevalentes.

Eu até vou à Chácara fazer ginástica, mas uma vez por semana, é eu fazia lá duas vezes por semana quando eu morava lá, né. Aí eu vim embora pra cá, né, aí, quando eu posso, eu só vou assim uma vez por semana [Tulipa].

Eu gostava de fazer caminhada, que eu não estou fazendo, porque teve uma época que eu não estava passando bem, mas eu deveria voltar, né? [Begônia].

Conforme descrito acima, a prática de atividade física foi relatada, porém não como atividade contínua, apesar de os entrevistados saberem dos benefícios desta para o tratamento dialítico e a qualidade de vida. Em um estudo realizado por Stringuetta-belik *et al.* (2012), verificou-se uma associação positiva entre o nível de atividade física e a melhora da função cognitiva em pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

No que se refere à dieta, percebe-se que o grau de adesão é pequeno e varia de acordo com cada um e que os participantes recebem orientações nutricionais, porém sentem dificuldades em segui-las.

Dieta eu não faço não, risos, mas a gente não é muito de comida não, sabe? De comer muita coisa não [Cravo].

Ah, eu evito comer muito, mas dieta eu não faço não. Eu evito comer muito, eu como de tudo, mas evito comer muito [Azaleia].

Mas eu procuro, assim, a questão de alimentação, ainda assim é mais tranquilo. Eu sei que eu devo procurar obedecer o médico em questão de alimentação. Olha, não come chocolate, aí eu não como chocolate, tá? Olha o fósforo, vai devagar, então tem que ver direitinho aí. Eu procuro consumir mais frutas, legumes e verduras [Margarida].

Os entrevistados realizam esforços para manter a prática de autocuidado terapêutico relacionada à dieta, porém apresentam dificuldades. Zilmer e Silva (2015, p.306) relataram em seu estudo que “a alimentação é uma das dimensões do tratamento em que as pessoas em CAPD fazem mais adaptações ou não seguem as indicações dos profissionais de saúde”. Essa assertiva vai ao encontro da análise dos dados desta dissertação, pois se percebe que os entrevistados, ao mesmo

tempo que descrevem a dieta como atividade de autocuidado, realizam adaptações de acordo com suas vontades e necessidades.

A realização da dieta em indivíduos com DRC visa à melhora da condição geral do paciente a partir do controle da uremia, dos distúrbios hidroeletrólíticos, da condição nutricional e do tratamento de doenças correlatas. Os pacientes em DP apresentam maior estabilidade metabólica do ponto de vista nutricional, mas, em contrapartida, há maior perda de proteínas e de aminoácidos, além de absorção contínua de glicose presente na solução de diálise. Portanto, faz-se necessário ao indivíduo em DP seguir as orientações dietéticas prescritas (KAMIMURA; BAZANELLI; CUPPARI, 2013).

O manejo da restrição do consumo diário de líquidos também foi apontado pelos entrevistados como atividade de autocuidado. Para tanto, uma entrevistada, com o objetivo de facilitar o controle de sua ingesta hídrica, reduziu o tamanho do copo de água, de 200 ml para um de 50 ml, que ela utilizava quando estava com sede. Segundo ela, com o copo menor, a recomendação de diminuir a ingesta hídrica era facilitada. Outros relatos relacionados a esta prática de autocuidado terapêutico também foram descritos pelos entrevistados.

Ultimamente, eu estava ficando bem inchada, então eu estou evitando. Eu não parei de tomar, mas eu estou evitando. Assim, eu só tomo mesmo quando eu estou com muita vontade, fora disto, não. Eu estava ficando muito inchada [Azaleia].

Ah, eu, se me der vontade de beber água, eu vou lá e bebo um golinho, entendeu? Porque esses dias que estava fazendo mais calor, aí dava mais sede. Aí, eu ia lá e bebia um golinho [Tulipa].

Mais é o líquido, né? que eu tenho que controlar, porque eu já não urino, né [Tulipa].

Apreende-se, com os trechos das falas, a dificuldade de adesão à recomendação profissional em relação à restrição de ingesta de líquidos, principalmente devido ao calor. Ademais, percebeu-se que a ingesta de líquido é reduzida e não cessada. Dados semelhantes a esses foram encontrados nas pesquisas de Zillmer e Silva (2015) e Calderan *et al.* (2013).

Uma estratégia utilizada pelos entrevistados no manejo do controle dos líquidos ingeridos durante o dia é a autoavaliação dos mesmos, no que se refere à presença de edema.

De acordo com que eu me avalio em termos do inchaço, eu uso determinado tipo de bolsa, se eu me excedi no líquido, igual foi falado “olha, se você bebeu muita água, se você tomou suco, se você misturou, você vai usar uma bolsa de 4,25; 2,5 e 1,5 e, caso você esteja muito inchado, vai usar 4,25; 2,5 e 2,5. Porque aí puxa mesmo, aí desincha [Crisântemo].

Crisântemo, ao se preparar para o procedimento dialítico, realiza uma avaliação em relação à presença de edema e, a partir desta, o mesmo utiliza na diálise daquele dia uma bolsa com solução de diálise de 2,5% de dextrose, em vez de uma de 1,5%, juntamente com outras duas bolsas de diálise com 4,25% e 2,5% de glicose respectivamente. Destaca-se que, para a realização da troca de bolsa de menor concentração de dextrose por uma de maior concentração, o mesmo, além da autoavaliação, ancora-se na orientação recebida pelo profissional do serviço de diálise.

No procedimento dialítico, a retirada de líquidos do organismo é denominada de ultrafiltração (UF). E esta é consequência do gradiente osmótico entre a solução de diálise, hipertônica, e o sangue do indivíduo, que é relativamente hipotônico. Sendo assim, a UF é estimulada pela presença de altas concentrações de glicose na solução de diálise, ou seja, quanto maior a quantidade de glicose presente na bolsa, mais efetiva é a retirada de líquidos do indivíduo (BLAKE; DAUGIRDAS, 2010).

Diante do exposto, considera-se que os entrevistados empenhavam-se para a manutenção do autocuidado terapêutico, pelo conhecimento relacionado aos tipos de bolsas de diálise, que poderiam ser utilizadas caso estivessem edemaciados, e também por meio da tentativa de diminuição da ingesta hídrica. Estas atitudes direcionavam o manejo do volume de líquidos ingeridos durante o dia.

#### **6.2.2.5.3 Fazendo a diálise peritoneal: o pré, o inter e o pós-diálise.**

Quando os entrevistados foram questionados acerca do procedimento dialítico, eles apresentaram um ritual que era realizado durante todos os dias de tratamento.

O primeiro cuidado desse ritual se relacionava ao ambiente no qual seria realizada a DP, a limpeza do quarto era imperativa. Conforme as falas que se seguem, percebe-se que, além da adaptação já sofrida pelo ambiente para receber a diálise no domicílio, todos os dias é realizada a limpeza do quarto. Esta objetivava diminuir a possibilidade de infecção. No momento da realização do procedimento, o foco é a limpeza dos materiais.

Eu deixo o quarto sempre limpo, né? A máquina sempre cobertinha durante o dia, tudo arrumadinho, passo as compressas que tem que usar e, à noite e na hora do jornal, às oito, oito e meia, eu tomo banho e aí já aproveito, já começo a fazer a higiene da máquina, limpo a máquina direitinho, passo álcool 70% e limpo os equipos direitinho e me ligo ali. Depois de meia hora, de tudo limpinho. E já deito ali no meu canto e já fico ali vendo televisão e por ali eu fico até no outro dia [Orquídea].

Primeiro, eu separo todo o material, né, depois eu limpo a máquina com pano úmido e depois limpo a mesa com álcool. Depois limpo todo material, as bolsas, o cassete, o acesso de drenagem, todas as pecinhas com álcool e uma toalhinha. E depois eu lavo a mão de novo e vou conectar a máquina, depois conecto as bolsas, né? Ponho para preencher as linhas, venho, e faço a última higiene e deito para esperar a linha preencher para poder me ligar [Lírio].

Primeiro, eu vou e tomo um banho, aí eu pego e preparo a máquina e depois eu vou e lavo a mão, bem lavadinha, limpo ela e depois eu torno ir, torno lavar a mão e limpo as bolsas, limpo o cassete como álcool, lavo as coisas e aí depois, eu passo álcool na máquina, na mesa e debaixo da mesa, em tudo [...] e depois eu lavo a mão, conecto as bolsas e deixo coisa lá [preencher as linhas]. Depois que ela me chama para conectar eu vou e lavo a mão, bem lavadinha, lá dentro mesmo na pia e depois eu enxugo, aí pego o cateter e jogo bastante álcool no cateter e lavo ele, porque eu não uso luva em casa, então, eu tenho que usar só uso o álcool mesmo [Cravo].

Diante das falas, compreende-se que, num primeiro momento, os entrevistados efetivavam a limpeza do quarto e, logo após, seguiam com o preparo adequado do material necessário para a efetivação do procedimento dialítico. Separar e higienizar, com a utilização de panos e álcool 70%, todo o material, como as bolsas com a solução da diálise, o cassete e os clamps, fazia-se necessário. Num segundo momento, era realizado o passo a passo da diálise, que culminou com o processo de se conectar à máquina e, por fim, houve relatos referentes ao se desconectar e realizar os registros necessários à avaliação profissional.

Vale destacar que, antes de iniciar o tratamento dialítico, o grupo de entrevistados realiza atividade de autocuidado relacionada à higiene, como tomar

banho ou realizar higiene íntima. O processo de lavagem das mãos é enfatizado, pois estes entendem a necessidade dessa atividade para prevenção de infecção.

Os passos, anteriormente descritos pelos entrevistados, de cuidado e de higiene com o local, lavagem frequente e adequada das mãos, além da utilização do álcool para realizar a antissepsia do material também foram relatados como atividade de autocuidado no estudo de Calderan *et al.* (2013). Salienta-se que essas são atividades que se referem à demanda de autocuidado terapêutico, que são aqueles cuidados que são conhecidos ou prescritos para manutenção da vida dentro de algum período de tempo (OREM, 1995).

Ao término do procedimento dialítico, alguns entrevistados já se preparavam para terminar o ritual, enquanto outros se mantinham conectados junto à máquina e continuavam a dormir e, quando acordavam, terminavam o processo. Entre as atividades necessárias para o término, destaca-se o ato de se desconectar da cicladora, que, de acordo com a fala de Lírio, assim que fosse possível, ela o fazia para ter maior liberdade ao repousar.

Assim que acaba, eu já quero sair, porque até para a gente se mover na cama, né? Eu posso virar para um lado e pro outro e já ligada tem que ter mais cuidado até na hora de drenar, às vezes, tem que ter posição. A melhor é de barriga pra cima [Lírio].

O fato de estar conectado a uma máquina enquanto se dorme limita os movimentos e, por essa razão, assim que terminava a diálise, Lírio preferia se levantar e se desconectar e depois voltar a repousar. O incômodo de manter-se “preso” a uma máquina enquanto dorme também foi relatado por outros entrevistados.

Tem dias que eu me enrolo ou ela se enrola em mim, né [nas linhas do cassete]. É igual aquelas cobras que fica enrolando [Calas].

Te limita o movimento [estar conectado à máquina quando dorme], mas, como eu disse antes, eu já acostumei, não me atrapalha mais não [Crisântemo].

Eu só posso dormir de lado [...] Geralmente esse braço [apontou para o braço esquerdo] até dói, de tanto que eu durmo em cima dele. Eu só posso dormir desse lado [esquerdo] por que senão, a máquina apita [Hortênsia].

Diante dos trechos das falas, pode-se dizer que existe um incômodo por parte dos entrevistados referente ao fato de dormir conectado a uma máquina, pois essa situação limita o movimento ao adormecer. Ademais, dependendo da posição que o cateter se encontra locado no peritônio, a drenagem poderá ser facilitada ou dificultada. No trecho da fala de Hortênsia, caso a mesma não permaneça em decúbito lateral esquerdo, o alarme da cicladora é acionado devido à falha na drenagem. Desta forma, mesmo que esta posição lhe cause algia, a mesma se mantém nesta posição para viabilizar seu repouso e a diálise.

O sono perturbado referente a estar conectado aos tubos da diálise, além da sensação de líquido entrando e saindo da cavidade abdominal e a presença dos alarmes, foi relatado pelos estudos de Lee *et al.* (2008), Sadala *et al.* (2012) e Mccarthy *et al.* (2010).

Pode-se dizer, ainda, que, mesmo para o ato de dormir, adaptações são realizadas pelos indivíduos, pois estes se acostumaram a dormir em certas posições de forma a tornar o sono sem interrupções, relacionadas aos alarmes da cicladora.

Após o término do procedimento dialítico, todos os entrevistados são orientados a realizar registros em que descrevem como foi a diálise durante a noite. Dados como volume de drenagem inicial e a ultrafiltração total eram anotados em cadernos ou em folhas próprias que o serviço de diálise fornecia, e estes eram levados pelos indivíduos às consultas mensais de rotina.

Eu uso, tenho, mas eu não preencho ela, eu preencho ela assim depois que passa uns dias, ela está aqui [o entrevistado pegou numa sacola, um caderno em que fazia as anotações, não utilizando a folha própria do serviço] [Cravo].

Essa folha aqui é o que eu meço assim, a quantidade que deu esse mês [...], que vou levar no médico agora [...]. Esse aqui é a drenagem inicial que aparece e às vezes ela está alto. Acontece que o médico não explica direto o que é isso não [...]. Entendeu? já perguntei várias assim e me explica, explica, eu não entendo [Orquídea].

Diante das falas acima, pode-se dizer que os entrevistados seguem as recomendações dos profissionais da diálise quanto à necessidade de realizar o registro de como foi o processo, porém, por vezes, não entendem o que registram. Eles não compreendem a finalidade do registro e isso pode acarretar em falhas no registro diário, conforme relatado por Cravo.

Uma estratégia que pode ser apontada com o objetivo de melhorar os registros diários e a adesão a esses é o trabalho educativo. Para tanto, o cuidado de enfermagem deverá estar alicerçado na relação de reciprocidade, troca de informações, princípios éticos e humanísticos (MALDANER *et al.*, 2008). Reforça-se, assim, a importância do trabalho educativo do enfermeiro para a adesão às prescrições relacionadas ao tratamento dialítico.

## 7 FORMANDO A CATEGORIA CENTRAL

Ao elaborar o modelo teórico substantivo para compreender as demandas de autocuidado terapêutico desenvolvidas pelos pacientes em diálise peritoneal, foi utilizada a organização dos dados empíricos desta dissertação que resultaram nos códigos, subcategorias e categorias.

Estas, por sua vez, foram estabelecidas em torno do eixo paradigmático que contém os seguintes elementos: “Condições causais: Convivendo com a diálise peritoneal”; “Condições intervenientes: Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP”; “Contexto: Realizando a DP no domicílio e estando inserido na rede: interface na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde”; “Estratégia de ação/interação: Adaptações se fazem necessárias” e “Consequências: Ritual terapêutico: realização das atividades de autocuidado”.

Com a reflexão dos dados derivados e na tentativa de responder às inquietações iniciais, percebeu-se, que durante todo o processo de conviver com a DP e suas implicações, habilidades foram desenvolvidas e/ou aprimoradas para que o indivíduo e/ou seu cuidador tivesse a possibilidade de realizar esse tratamento no domicílio.

Desta forma, os dados apontaram para a categoria central “habilidades para o autocuidado terapêutico: aprimoramento das habilidades para a vida e motoras”, que será discutida a seguir (Diagrama 06).



Para fins desta análise, tomou-se como referência o conceito de habilidades utilizado pela OMS, segundo o qual as habilidades para vida contemplam três categorias básicas que se complementam e se fortalecem, são elas: as habilidades sociais ou interpessoais, as habilidades cognitivas e as habilidades para o controle das emoções (OMS, 1997). Estas estão presentes em diferentes graus no eixo paradigmático, conforme descrito a seguir.

**O convívio com a diálise peritoneal** fez com que os participantes desta pesquisa desenvolvessem as habilidades de vida e motoras para obter resolubilidade no tratamento. Como relatado anteriormente, e como se pode verificar no trecho da fala a seguir, os entrevistados referiram que, no início do tratamento, vivenciavam incômodos e receios que, com o tempo, foram superados e facilitaram o convívio com a DP.

Eu achei que ia me atrapalhar [fazer DP] porque eu sempre saía, eu sempre gostei de sair, eu saía de noite e não tinha hora pra voltar pra casa, eu chegava em casa de manhã, então ia me atrapalhar, claro que ia me atrapalhar, naquele momento, pra mim, ia atrapalhar, mas hoje, tipo assim, se eu quero sair, beleza, eu vou sair, na hora que eu chegar se deu pra fazer deu, se não deu, eu faço durante o dia, entendeu, eu posso tirar o dia para eu fazer a diálise, principalmente se eu me sentir bem, eu espero até a noite, aí eu faço com a bolsa maior, né, a 4,25 e a 2,5, é tranquilo [Violeta].

Desta forma, pode-se inferir que essa superação se deu através do desenvolvimento e/ou aprimoramento das habilidades para o controle das emoções, em que se destacam as habilidades para o controle do estresse e dos sentimentos relacionados à DP. Com o tempo de tratamento, a habilidade para o autoconhecimento é desenvolvida e favorece a aceitação e o convívio com a DP.

O dia a dia fazendo DP fez com que as habilidades cognitivas e as motoras fossem aprimoradas. Pode-se dizer que, para a realização do **ritual terapêutico**, dentre as habilidades cognitivas, a habilidade para a tomada de decisão, juntamente com a habilidade de pensamento crítico, emergiram mais frequentemente quando comparadas às demais. Percebeu-se, durante as visitas domiciliares e na análise dos dados, que os participantes, a todo o momento, necessitavam de tomar decisões, visando garantir a segurança e a continuidade do tratamento dialítico.

Aí, para dormir, tem que tomar certo cuidado para não puxar por causa da diálise também, junto com a máquina. Eu procuro colocar a máquina o mais próximo possível do meu corpo ali na cama para não ter o perigo de puxar o cateter [Margarida].

Eu separo todo o material de acordo, eu teria que ter uma balança que eu não tenho, vou comprar uma pra mim, mas, de acordo com que eu me avalio em termos do inchaço, eu uso determinado tipo de bolsa [Crisântemo].

Com base nessas falas, entende-se que, antes de iniciar o ritual terapêutico, decisões são tomadas, visando à efetivação do tratamento. Crisântemo, assim como outros entrevistados, decide quais serão as bolsas, de diferentes porcentagens de dextrose, que serão utilizadas no dia. Esta decisão varia de acordo com a autoavaliação e mostra-nos a presença da habilidade de pensamento crítico que é direcionadora da tomada de decisão. Vale ressaltar que o autoconhecimento respalda as habilidades de tomada de decisão e pensamento crítico.

Margarida decide colocar a máquina mais próxima à cama como forma de prevenir a tração do cateter durante a diálise. Durante as entrevistas realizadas, foi possível perceber que todos os entrevistados se posicionam na cama de acordo com o local em que a máquina se encontra. Essa atitude objetiva a prevenção de tração do cateter descrita por Margarida e, também, remete às habilidades de pensamento crítico e tomada de decisão.

Para a realização do procedimento dialítico, o responsável pelo tratamento precisa aprimorar sua habilidade motora. Cabe a ele a limpeza e o preparo do material, além do ato de conectar a cicladora no cateter.

Tem que lavar a mão, e depois, depois que secou a mão, aí passa a toalha pra cá, dispensa a toalha, né? Aí separa todos os materiais, incluindo bolsas que vão utilizadas, aí depois limpa a máquina, passa álcool na mesa, limpa todos os materiais com álcool, colocando uma bolsa sobre a mesa [...], aí, no que limpou a mesa, coloca a outra bolsa ali da cadeira, ali já deve estar limpa, coloca a outra bolsa, e aí daquilo liga as duas e lava a mão de novo, depois volta e liga a máquina, liga o cassete, depois conecta o caninho de drenagem e lava a mão. Aí, agora, vai e liga as bolsas, aí coloca a fitinha e estica no caso uma fraldinha, mais uma gaze, lava a mão e aí hora de conexão. Até então, já está com máscara, o cachorro está fora do ambiente da diálise, só está no caso eu e ela [mãe] para a conexão e

aí tira a tampinha do cateter, destampa a tampa do cateter e liga um no outro e acabou [Margarida].

Associada à habilidade motora, faz-se necessário o conhecimento acerca do que está sendo realizado e é indispensável ao responsável pela DP que apresente habilidades de pensamento crítico, tomada de decisão e comunicação caso haja algum problema relacionado à diálise.

Eu sempre ligava para o XXX [enfermeiro], às vezes a máquina dava algum problema ali, e eu não entendia, aí eu falava XXX [enfermeiro], pelo amor de Deus, eu estou apavorada! [Azaleia].

Ela [cicladora] só apita se eu deitar lá em cima da mangueira e dobrar a mangueira quando ela está no processo de drenagem ou infusão. Se é na permanência e não está entrando nada e não está saindo nada, ela não vai apitar [Crisântemo].

Ela [cicladora] alarma assim, só quando deita de má posição. Porque aí, dobra a borracha e ela apita. Aí eu levanto, vou lá e tiro e também aperto o botão e volta a funcionar de novo [Dália].

Concebe-se, a partir desses trechos, a utilização de pensamento crítico para resolução do problema que está apresentado: a cicladora impedindo a continuidade do tratamento. Caso o indivíduo não consiga saná-lo, este toma a decisão de telefonar para o profissional da diálise e, para tanto, precisa descrever o ocorrido, sendo necessária a utilização da habilidade de comunicação efetiva.

Para a melhor convivência com a DP, compreende-se que **adaptações se fizeram necessárias** e, para que estas fossem realizadas, a todo momento, emergiam dos dados relatos de habilidades de tomadas de decisão e pensamento crítico. Destacam-se as falas a seguir:

Ela [a médica] falou assim “você tira um dia da semana [para não fazer DP], aí eu prefiro sábado, porque às vezes eu tenho que fazer um passeio, né, ir numa festinha, aí eu tiro o sábado, mas, quando o compromisso é no domingo, eu troco. Quando o dia primeiro cai na segunda, então eu dialiso sábado e domingo porque senão dá alteração no exame de sangue, né? Agora igual nesse final de semana, deu na terça-feira, então eu já dialisei o final de semana e folguei na sexta-feira, por causa do exame de sangue [Lírio].

Aí, vamos supor, eu gosto muito de ir em Aparecida do Norte, então, no sábado que eu vou, eu não faço. Aí, eu me controlo mais que eu posso para não precisar de ir cheia. Então, eu vou e volto tranquila sem problema nenhum e não me dá problema. Eu não como nada na viagem assim de

diferente, eu não bebo nada assim, para não me dar problema na viagem, eu vou e volto tranquila [Dália].

Podemos inferir que decisões são tomadas para possibilitar viagens e passeios de lazer e, caso a DP não seja realizada, os entrevistados relatam controle na ingestão de líquidos e dietas. Lírio também relata decisões relacionadas ao realizar ou não o descanso da diálise dependendo do dia da semana em que irá fazer o exame mensal de sangue solicitado pelo profissional do serviço de DP. Essas atitudes requerem das mesmas habilidades de pensamento crítico.

Além das situações já descritas, ressalta-se que a habilidade de tomada de decisão está presente na escolha de ter ou não uma ocupação, pois, com a análise dos dados, percebeu-se a **utilização da ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP**, porém esta varia de acordo com as condições de saúde de cada entrevistado, que apresenta as habilidades de autoconhecimento e pensamento crítico para avaliar a possibilidade de ter ou não uma ocupação.

Realizar o tratamento dialítico no domicílio faz com que o indivíduo esteja **inserido na Rede de Atenção à Saúde do SUS** e, para tanto, a presença da habilidade de comunicação efetiva se faz necessária, pois está presente nas consultas com os profissionais da diálise e de outros serviços da Rede, visando sanar dúvidas a respeito do tratamento.

E eu perguntei para o médico se tem que fazer curativo nele, aqui nessa pontinha (local de saída do cateter) se tem que fazer ou não, se pode deixar assim mesmo [Orquídea].

Quando eu vou lá (UBS), eles me perguntam se está tudo bem. Quando eu estou precisando de alguma coisa, eles me atendem muito bem, mas vir aqui nunca vieram não [Azaleia].

Conforme descrito anteriormente, o serviço de diálise é entendido pelos entrevistados como referência para todo o processo saúde-doença e pode-se afirmar que este é responsável pela educação do paciente para o convívio com a DP, ajudando assim a desenvolver nos indivíduos as habilidades requeridas para a realização do tratamento no domicílio.

Diante do exposto, compreende-se que desenvolver e/ou aprimorar as habilidades para a vida se fez necessário, pois estas estão presentes a todo momento na vida dos indivíduos que realizam a DP no domicílio. Mesmo os

indivíduos que contam com pessoas responsáveis pelo procedimento dialítico precisam ter essas habilidades, uma vez que estes mantêm o cateter e necessitam de aceitar a realização do procedimento diariamente. A presença da habilidade motora para a realização do procedimento está associada ao momento da diálise em si, então se pode afirmar que, caso o paciente não apresente esta habilidade, faz-se necessária uma pessoa responsável pelo procedimento, não sendo a habilidade motora considerada imperativa para o paciente, já que ele apresenta um responsável pelo procedimento.

## 8 MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO

O autocuidado terapêutico desenvolvido pelas pessoas em diálise peritoneal domiciliar, no contexto das relações destas com os serviços de enfermagem existentes na rede de atenção à Saúde do SUS, pode ser compreendido a partir da conjunção de fenômenos que se inter-relacionam.

O fenômeno **Convivendo com a diálise peritoneal** se apresenta como a condição causal do evento, pois receber o diagnóstico de DRC e realizar a DP como tratamento no domicílio gera a ocorrência da necessidade de o indivíduo e/ou o responsável pelo procedimento desenvolver e/ou aprimorar as habilidades de vida e motoras para a realização dessa terapêutica.

As pessoas, ao iniciarem o tratamento com a DP, vivenciam incômodos e receios relacionados à realização da terapêutica no domicílio, porém, com o passar do tempo, as mesmas apresentam a superação destes sentimentos, o que as deixa mais tranquilas e confortáveis.

A diálise peritoneal para aqueles que realizaram e para os que não realizaram o tratamento hemodialítico é tida como melhor opção, haja vista a não necessidade de deslocamento até o centro de diálise três vezes na semana, por longo período de tempo. A realização dessa terapêutica oferece maior liberdade durante o dia a quem convive com a DP, mesmo assim, faz-se necessária a adequação de algumas atividades, pois existem restrições impostas pela presença da doença e da diálise. Essas restrições variam de acordo com a forma em que a DP foi inserida na vida do indivíduo e elas são minimizadas conforme a aceitação deste.

O fenômeno **realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde** representa o contexto no qual o indivíduo que realiza DP no domicílio se encontra, pois o tratamento é feito em sua residência, que é área de abrangência de alguma Unidade Básica de Saúde, e o mesmo apresenta necessidades de saúde diversas que o direcionam para outros serviços da Rede. Entretanto apenas o serviço de nefrologia

no qual os pacientes estão cadastrados se apresenta como referência para dúvidas e/ou intercorrências dos pacientes.

O enfermeiro do serviço, quando necessário, é acionado via telefonema, mesmo fora do seu turno de trabalho, para sanar as demandas desses pacientes. Dessa forma, os indivíduos não sentem necessidade de melhorar a interface do serviço de nefrologia com a Unidade Básica de Saúde, pois o centro de diálise torna-se suficiente para o atendimento de suas necessidades. Apreendeu-se a criação do vínculo entre as pessoas que realizam a DP no domicílio e o serviço de diálise, sobretudo com o enfermeiro responsável pelo serviço.

Pode-se dizer que a educação terapêutica fornecida pelo enfermeiro do centro de diálise aprimorou as habilidades requeridas para a realização da DP no domicílio, entre elas destacam-se a habilidade de comunicação efetiva, o pensamento crítico, a tomada de decisão e a habilidade motora.

O processo de articulação do serviço de nefrologia com a Rede de Assistência à Saúde do SUS, em relação ao procedimento dialítico dos pacientes que realizam DP no domicílio, apresenta fragilidades que vão desde a não interação da APS no cuidado ao domicílio até a não realização do procedimento em UPA por falta de autorização, bem como a efetivação do procedimento em internação hospitalar pelo cuidador ou por outra pessoa que recebeu a educação terapêutica para a DP por falta de conhecimento dos profissionais. Desta forma, os indivíduos encontram-se vulneráveis, no que tange as suas necessidades de saúde. A RAS para eles é fragmentada, o que ocasiona a fragilidade desta e do cuidado, não garantindo, assim, o princípio da integralidade do SUS.

Destaca-se que é no contexto daqueles que convivem com a DP no domicílio e que estão inseridos na Rede de Atenção à Saúde do SUS que as estratégias de ação e interação são tomadas e que os fatores intervenientes atenuam a realização do tratamento no domicílio.

Dessa forma, o fenômeno **Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação** se apresentou como a estratégia de ação e interação desenvolvida pelos indivíduos que realizam DP no domicílio. A todo momento, desde o início do tratamento, adaptações permearam o convívio com a DP. Estas são realizadas na casa, sobretudo no quarto, local onde ocorre o procedimento e a escolha visa à minimização de riscos, principalmente os relacionados a eventos

infecciosos. Aqueles que possuem animal de estimação evitam que os mesmos adentrem nesse ambiente.

A vida social sofre interferência da necessidade do procedimento dialítico, por este motivo, adaptações em relação aos dias de folga da diálise e horários do procedimento também são realizadas pelas pessoas. O processo de adaptação vivenciado pelo indivíduo que realiza DP interfere na maneira de viver do mesmo.

No que diz respeito ao tratamento, caso haja necessidade de hospitalização, os indivíduos que realizam a DP ou o responsável pelo procedimento precisa adaptar-se à rotina hospitalar, de forma a realizar o tratamento naquele ambiente.

Para a obtenção das adaptações que se fazem necessárias, as pessoas que realizam seu tratamento no domicílio precisaram desenvolver habilidades de tomada de decisão e de pensamento crítico, que as ajudam a ponderar se estas serão benéficas ou danosas à saúde.

Realizar o tratamento continuamente no domicílio faz com que as pessoas sintam a necessidade de se ocupar, como uma forma de distração e de não focar apenas no tratamento dialítico. Desta forma, o fenômeno **Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP** emergiu dos dados como condição interveniente. Para aqueles que necessitam desse tratamento como forma de manter a vida e o realizam no domicílio, ter uma ocupação, seja ela remunerada ou não, faz aflorar a autoestima e o sentimento de ser útil.

Aceitar e realizar o tratamento se torna mais fácil para aqueles que possuem uma ocupação, pois assim o tratamento não é o direcionador da vida. Para tanto, a pessoa precisa apresentar a habilidade de autoconhecimento para avaliar a possibilidade de ter uma ocupação. Este propicia a habilidade de pensamento crítico que direciona a tomada de decisão que resulta em ter ou não uma ocupação.

Como consequência de todo o processo descrito acima, tem-se a concepção do fenômeno **Ritual terapêutico: realização das atividades de autocuidado**. Para a realização da DP no domicílio, faz-se necessário o cumprimento de um ritual terapêutico que envolve o cuidado com o quarto, a higiene das mãos, a antissepsia do material, a montagem da cicladora, o conectar-se, a posição de dormir, o dormir e dialisar, e o acordar e desconectar, com vistas a prevenir infecções, internações e melhorar a qualidade de vida e sobrevida.

Realizar o ritual e as atividades de autocuidado terapêutico de forma adequada e contínua é o que se deseja para as pessoas que fazem a DP no domicílio, porém existe a necessidade de que elas ou o seu responsável desenvolvam tanto as habilidades cognitivas quanto as motoras. Dentre elas destacam-se a habilidade de pensamento crítico, a tomada decisão e a comunicação efetiva quanto às habilidades motoras que lhes possibilitarão realizar na prática todos os passos do procedimento dialítico.

## 9 O DIÁLOGO ENTRE O MODELO TEÓRICO SUBSTANTIVO E A TEORIA GERAL DE ENFERMAGEM DE DOROTHEA OREM

Neste capítulo, proceder-se-á a uma aproximação do modelo teórico substantivo com a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem.

Para a realização da DP no domicílio, é imperativo que o indivíduo realize atividades de autocuidado terapêutico, dessa forma, pode-se afirmar que a pessoa que faz o tratamento necessita apresentar agência de autocuidado, ou seja, a capacidade de engajar-se no autocuidado.

De acordo com o processo vivenciado pelos participantes da pesquisa que realiza a DP no domicílio, demonstrado no eixo paradigmático, pode-se inferir que, mesmo que a pessoa tenha um responsável para concretizar o procedimento dialítico, o convívio com a necessidade de realização contínua do tratamento faz com que o indivíduo tenha exigências terapêuticas demandadas pela doença, pois essa não implica apenas a realização do procedimento dialítico.

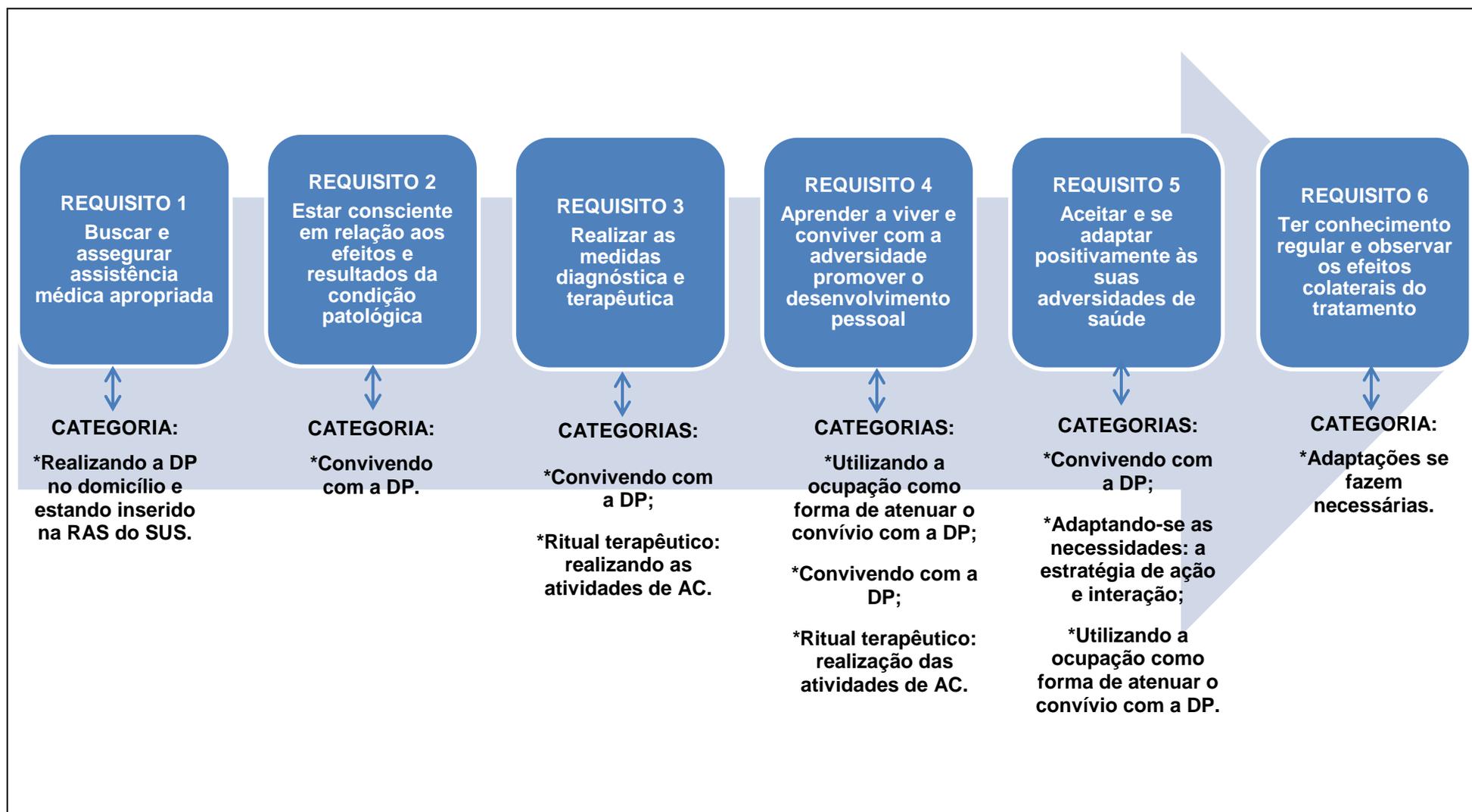
Trata-se de um processo complexo que exige: o cumprimento da dieta prescrita, o convívio com a restrição de líquidos, a adesão à terapia medicamentosa, o cuidado com o cateter, além das adaptações no ambiente da diálise e na vida. Essas exigências terapêuticas são realizadas com vista ao atendimento dos requisitos de autocuidado de desvio de saúde.

No que tange aos requisitos de desvio de saúde, todos os participantes engajam-se nas exigências terapêuticas, em diferentes graus e atendem, conforme diagrama 7, todas as seis categorias desse requisito.

No fenômeno **Convivendo com a diálise peritoneal**, destaca-se o atendimento ao **segundo conjunto de requisitos** de autocuidado de desvio de saúde, segundo o qual o indivíduo deve estar consciente em relação aos efeitos e resultados da condição patológica, e ao **quarto conjunto de requisito**, de acordo com o qual o indivíduo precisa ter conhecimento, observar e regular os efeitos colaterais e desconfortáveis provenientes das medidas de tratamento médico, incluindo os efeitos sobre o desenvolvimento (OREM, 1995).

Conforme já discutido anteriormente, o indivíduo, ao iniciar o tratamento dialítico, vivencia incômodos que estão relacionados ao tratamento. Estes têm a ciência da relação entre a doença e os sintomas descritos e, à medida que o tempo

Diagrama 7: Diálogo entre o modelo teórico substantivo e a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem



Fonte: A autora

passa, adquirem facilidade para regular os efeitos colaterais e desconfortáveis provenientes do tratamento. A partir daí, cumprem o **requisito cinco**, que é aceitar e adaptar-se positivamente às suas adversidades de saúde, conseqüentemente aderindo às formas específicas de atendimento (OREM, 1995).

Com a aceitação de sua condição de saúde, estes procuram superar os incômodos e receios de forma a se sentirem mais tranquilos e confortáveis em relação ao tratamento. Este último requisito também está compreendido no fenômeno **Adaptando-se às necessidades: a estratégia de ação e interação**, pois, a todo momento, adaptações são realizadas pelos indivíduos em sua maneira de viver e na sua residência para possibilitar o melhor convívio com a DP. Desta forma, pode-se dizer que, assim como descrito no requisito cinco, os indivíduos aceitaram e adaptaram-se positivamente às adversidades impostas pelo tratamento.

Outro requisito para o autocuidado de desvio de saúde que foi atendido pelos participantes é o **requisito seis**. Este descreve que o indivíduo deve aprender a viver com os efeitos das suas condições patológicas, promovendo o desenvolvimento pessoal de forma sistemática e contínua (OREM, 1995). O cumprimento deste requisito foi relatado pela maior parte dos participantes, pois se percebeu que, dependendo da forma como a DP fosse inserida no contexto da vida, esta apresentaria pouca interferência no dia a dia, o que demonstra que estes aprenderam a conviver com o tratamento dialítico.

Em **realizando a DP no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde**, destaca-se que a realização do procedimento dá-se no domicílio, porém existe o serviço de nefrologia que fornece suporte para as necessidades dos indivíduos. Além disso, mesmo que apresente fragilidades para o atendimento, os serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde do SUS estão presentes, e, caso haja necessidade, os pacientes se deslocam até eles para buscar atendimento. Apreende-se então que, ao procurar atendimento às necessidades de saúde, os entrevistados cumprem o **primeiro requisito** de desvio de saúde, que é buscar e garantir assistência médica apropriada em casos que podem comprometer a saúde (OREM, 1995).

O fenômeno **Utilizando a ocupação como forma de atenuar o convívio com a DP** aborda a ocupação como facilitadora para aceitar e realizar o procedimento dialítico e todas as suas implicações. Aos indivíduos cabe a autoavaliação quanto à viabilidade de ter uma ocupação, e, sempre que possível,

eles se ocupam, pois, assim, sentem-se mais úteis. Desta forma, entende-se que o **requisito cinco** – Aceitar e adaptar-se positivamente às suas adversidades de saúde e conseqüentemente aderir às formas específicas de atendimento – e **requisito quatro** – Aprender a viver com os efeitos das suas condições patológicas, promovendo o desenvolvimento pessoal de forma sistemática e continua – são observados por aqueles que apresentam uma ocupação, haja vista que para isso eles necessitam aprender a conviver com a DP.

Por fim, o fenômeno **Ritual terapêutico: realização das atividades de autocuidado** atende, principalmente, ao **requisito três**, que é realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas, direcionadas à prevenção, recuperação e controle da sua própria patologia (OREM,1995). Ao realizar as atividades prescritas e o procedimento dialítico, fazendo todo o ritual terapêutico que envolve o tratamento pela DP, o indivíduo atende a este requisito, que, no caso destes pacientes, as atividades são realizadas com vista ao controle da DRC. Além deste, a presença do **requisito quatro** também é destacada, pois, para o atendimento do primeiro requisito, que é a realização efetiva das atividades prescritas, os indivíduos necessitam ter conhecimento, observar e regular os efeitos colaterais e desconfortáveis provenientes das medidas de tratamento dialítico.

Contudo, apreende-se que os indivíduos que convivem com o tratamento pela DP no domicílio atendem todos os requisitos de autocuidado terapêutico apontados por Dorothea Orem. Para tanto, foi necessária a educação terapêutica, visando qualificar a pessoa com DRC e/ou seu cuidador, que é o responsável para realização desta terapia. Sendo assim, compreende-se que o Sistema de Enfermagem presente neste contexto é o de apoio à educação, no qual o indivíduo é capaz de realizar as atividades de autocuidado, e, por conseguinte, ele deve aprender a desempenhar as atividades demandadas, que são ensinadas pelos enfermeiros (OREM, 1995). No caso das pessoas que realizam a DP no domicílio, o enfermeiro do serviço de nefrologia é o responsável pela educação terapêutica que possibilita o tratamento.

Considerando a capacidade para o autocuidado de todos os cinco entrevistados que não apresentavam, segundo a aplicação da escala, operacionalização para o autocuidado, verificou-se que quatro solicitaram a presença dos responsáveis pelo procedimento durante a entrevista. Ficou evidente durante as entrevistas e, posteriormente à análise dos dados, a necessidade de se

ter alguém que se responsabilizasse pelo procedimento e que estes realmente não apresentavam capacidade para o autocuidado. Caso estes não pudessem contar com alguém responsável para realizar o procedimento, este seria realizado pelo enfermeiro da diálise no serviço específico, sendo, nesses casos, o sistema de enfermagem presente, o Sistema Parcialmente Compensatório.

Dessa forma, apreende-se que a avaliação quanto ao sistema de enfermagem deve ser individualizada e levar em consideração a operacionalização do autocuidado. Poder entrevistar os indivíduos após a classificação quanto à capacidade do autocuidado ampliou as possibilidades da investigação, tornando assim a categoria central mais densa.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a pesquisa que resultou nesta dissertação permitiram uma compreensão acerca da realização das atividades de autocuidado terapêutico desenvolvidas pelos indivíduos que realizam a DP no domicílio e possibilitaram a identificação das habilidades necessárias para a realização das atividades requeridas para esse autocuidado.

A escolha da Teoria Fundamentada nos Dados, associada à estratégia de visita domiciliar com a realização de entrevista semiestruturada e observação participante, após a classificação dos pacientes quanto à operacionalização do autocuidado, possibilitaram uma aproximação da realidade sociocultural e clínica vivenciada por aqueles que realizam a DP domiciliar.

Ao conhecer o cotidiano das pessoas que realizam a DP, foi possível captar o quanto estas empenham esforços para garantir a realização das atividades prescritas pelos profissionais da diálise, que visam à continuidade do tratamento no domicílio e o quão complexo é o contexto de vida delas.

A partir da análise dos dados, foi possível apreender a evolução dos indivíduos submetidos à DP no domicílio. No início, o medo e a insegurança permeavam o convívio com a diálise e estes, com o passar do tempo, deram lugar à tranquilidade, à comodidade de realização da terapia em domicílio e à segurança na realização do tratamento. O aprimoramento das habilidades de vida e motoras, visando à realização da terapêutica, favoreceu a superação dos sentimentos iniciais.

Para lidar com as demandas ambientais e condições pessoais necessárias ao autocuidado terapêutico, os indivíduos que realizam a DP utilizaram as adaptações como estratégias de ação/interação. Estas foram realizadas de acordo com os compromissos sociais dos indivíduos e também nas residências destes, sobretudo no quarto onde era concretizado o procedimento dialítico. As adaptações que se fizeram necessárias facilitaram o convívio destes com a terapêutica.

O serviço de nefrologia foi considerado como principal vínculo daqueles que realizam a DP em suas residências, e é a referência para as questões relacionadas ao tratamento. Dentre os profissionais que atuam neste local, o enfermeiro é apontado como a pessoa que se destaca no atendimento às

necessidades de cuidados relacionados ao procedimento dialítico. A sua disponibilidade, em tempo integral, confere-lhes satisfação e segurança para a realização desta prática no domicílio. Ademais, ele o responsável pela educação terapêutica fornecida para o paciente e/ou seu responsável, visando à capacitação para a realização do tratamento eficaz.

Quanto às relações com os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS, foi possível perceber a quão fragmentada é a assistência ofertada a estes indivíduos. O sistema de referência e contrarreferência não é eficiente e isso se deve à ausência de comunicação entre os profissionais dos diferentes serviços da RAS. O Princípio da Integralidade do SUS não é respeitado e, conseqüentemente, deriva na presença de fragilidades da assistência prestada à pessoa que realiza a DP no domicílio. À falta de conhecimento acerca da complexidade da DRC e seus tratamentos por parte dos profissionais foi apontada pelos entrevistados como principal motivo para a ineficiência da resolubilidade da assistência ofertada a estes por outros serviços da Rede.

Acredita-se que a realização de educação permanente concedida pelo serviço especializado para os demais profissionais da RAS diminua a vulnerabilidade dos pacientes, haja vista maior conhecimento por parte destes profissionais. Ademais, o estabelecimento do fluxo da pessoa que faz DP domiciliar na RAS, também, poderá contribuir para a integralidade da assistência deste paciente, diminuindo a vulnerabilidade pela qual o mesmo está exposto.

No que se refere à resolubilidade da assistência dada pela equipe de enfermagem da atenção domiciliar aos pacientes que realizam a DP no domicílio, os dados apresentados nesta dissertação tornaram essa discussão inexecutável, pois não havia nenhum entrevistado atendido por este serviço. Tendo sido esta considerada uma limitação desta investigação. Sugere-se a realização de novas pesquisas que possibilitem esta discussão.

Para a realização do procedimento dialítico, faz-se necessário o cumprimento do ritual terapêutico, que, por sua vez, pode ser fragmentado em três momentos: pré-diálise, diálise e pós-diálise. A atuação do enfermeiro para propiciar a qualificação do indivíduo e/ou responsável foi fundamental para esse processo.

Quanto às atividades coadjuvantes de autocuidado terapêutico, o cumprimento da dieta prescrita e a restrição hídrica foram considerados as mais difíceis de serem aderidas. O cuidado com o cateter e o ambiente do quarto de

trocas é essencial para prevenção de infecção, dentre elas, destacada pelos entrevistados, a peritonite.

A complexidade do tratamento que submerge o cotidiano do indivíduo faz com que este, mesmo após adquirir e/ou aprimorar suas habilidades para a realização da terapêutica, necessite de alguma ocupação como forma de esparecer do tratamento e de suas limitações. A relevância da ocupação na vida destes entrevistados tornou-se tão evidente que surgiu a necessidade da realização de nova investigação por um membro do nosso grupo de pesquisa.

No que se refere às habilidades, entendeu-se que, no âmbito das cognitivas, as habilidades de tomada de decisão, de pensamento crítico e de comunicação efetiva, associada à habilidade motora, tornaram-se imperativas para aqueles que querem realizar essa terapêutica. E vale ressaltar que, mesmo aqueles indivíduos que possuem cuidadores e/ou familiares para a realização do procedimento dialítico, precisam ter as habilidades cognitivas e psicossociais. Ainda que não realizem na prática a diálise, o que demanda o desenvolvimento de habilidade motora para tal, estes devem estar conscientes de sua situação de saúde, subsidiando, assim, seu pensamento crítico e conseqüentemente sua tomada de decisão para resolução das demandas derivadas no seu cotidiano.

Diante do exposto, tem-se que a atuação do enfermeiro é determinante no processo de desenvolvimento e/ou aprimoramento nas habilidades para as atividades requeridas de autocuidado terapêutico e esta é fundamental para a promoção do bem-estar e do enfrentamento da diálise. Ao ensinar e apoiar a pessoa que realiza a DP no domicílio, o enfermeiro favorece a adaptação ao processo de cuidar e contribui para a adesão e autonomia dessa população.

A utilização da Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem como referencial teórico desta dissertação, embora de natureza paradigmática diferente da Teoria Fundamentada nos Dados, mostrou-se pertinente. Isso porque, além do cunho social vivenciado pelo indivíduo que realiza a DP no domicílio, este apresenta demandas clínicas, que ancoram suas decisões em relação às adaptações realizadas, ocupações a serem desempenhadas e, sobretudo, nas atividades de autocuidado terapêutico, as quais viabilizam a manutenção da vida do mesmo.

Ao realizar o procedimento dialítico no domicílio e empenhar esforços para garantir a realização das atividades de autocuidado prescritas pelos profissionais de saúde, especialmente do serviço de nefrologia, os indivíduos

mostraram atender, em diferentes graus, às seis categorias de requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Aqueles que apresentam o autocuidado não operacionalizado, segundo aplicação da Escala ASA-R, atendem em menor grau estes requisitos, quando comparados aos que apresentam o autocuidado operacionalizado. No que se refere aos Sistemas de Enfermagem, no contexto daqueles que realizam a DP no domicílio, está presente o apoio e a educação terapêutica.

Contudo, pode-se dizer que a Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem engloba toda a complexidade que envolve o cuidado do paciente com DRC em tratamento por DP no domicílio e orienta quais são os requisitos a serem atendidos pelas pessoas que realizam o tratamento dialítico, além de classificar o sistema de enfermagem a ser adotado em cada caso.

Desta forma, sugere-se a utilização desta nos serviços de nefrologia, como suporte teórico para o Processo de Enfermagem, atendendo, assim, o artigo 3º da Resolução nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que orienta a utilização de uma teoria de enfermagem para direcionar a coleta de dados, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, planejamento e intervenções, além de fornecer base para avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

Ademais, espera-se que esta dissertação contribua para o planejamento de enfermeiros do serviço de nefrologia quanto à realização da educação terapêutica que possibilita a realização do tratamento em domicílio e que sensibilize os demais serviços de enfermagem da Rede de atenção à Saúde do SUS a estarem cientes das dificuldades e ajudarem nas demandas apresentadas por esses indivíduos na realização do autocuidado.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAO, Sarah Silva *et al.* Fatores de risco para peritonites e internações. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 100-106, mar. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002010000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 nov. 2015.

ABUD, Ana Cristina Freire. **Atenção em diálise peritoneal no domicílio**. 2013. 161 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-07012014-162240/en.php>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

ALGARRA, Ana Julia Carrillo; VÁSQUEZ, Celmira Laza; JERENA, José Ángel Molina. Self-care: day by day in patients with chronic kidney disease. **Enfermería Nefrológica**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.185-192, set. 2013. Instituto de Salud Carlos III/BNCS/SciELO Espana. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842013000300007>. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000300007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000300007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 05 ago. 2014.

ARAÚJO, Francisca Elisângela *et al.* Assitencias as practical nursing in peritoneal dialysis: a review/As práticas assistências de enfermagem na diálise peritoneal: uma revisão/Assitencias enfermería como práctica en diálisis peritoneal: una revisión. **Revista de Enfermagem da UFPI**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 111-6, jan. 2015. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista\\_scienceinhealth/13\\_jan\\_abr\\_2014/Science\\_05\\_01\\_6-11.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/13_jan_abr_2014/Science_05_01_6-11.pdf)>. Acesso em 02 fev. 2016.

ARAYA, María Nidia González; CAMPOS, Ligia Quesada. El desarrollo de habilidades para la vida en la educación carcelaria: una alternativa dialéctica. **Pensamiento Actual**, v. 14, n. 22, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/17784>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

ASH, Stephen R.; DAUGIRDAS, John T.. Dispositivos para acesso peritoneal. In: DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G; ING, Todd S. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 20. p. 327-344.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Diagnóstico**. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Nefrologia Sociedade Brasileira de Urologia, Sociedade Brasileira de Pediatria Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. 2011.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-85, 2011. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-177.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

BERNARDINI, Judith; PRICE, Valerie; FIGUEIREDO, Ana. ISPD GUIDELINES/RECOMMENDATIONS: PERITONEAL DIALYSIS PATIENT TRAINING, 2006. **Peritoneal Dialysis International**, [S.l.], v. 26, p.625-632, nov. 2006. Disponível em: <<http://ispd.org/media/pdf/03Bernardini-6082-ISPDwatermark.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2015.

BLAKE, Peter G.; DAUGIRDAS, John T.. Fisiologia da diálise peritoneal. In: DAUGIRDAS, John T.; BLAKE, Peter G; ING, Todd S. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 210. Cap. 18. p. 297-311.

BRANCO, Joyce Martins Arimatea. **CUIDADO FAMILIAR EM DIÁLISE PERITONEAL**: proposta de tecnologia de processo de cuidar no domicílio. 2013. 171 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://objdig.ufrj.br/51/teses/801067.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRANCO, Joyce Martins Arimatea; LISBOA, Marcia Tereza Luz. Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.344-349, 29 jul. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5132>. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/Enfermagemuerj/article/view/5132/13771>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Governo Federal. **Lei 8213**, de 24 de Julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Educação e Pesquisas Educacionais. Documento básico do exame nacional do ensino médio, 2000a. Disponível em: [www.fisica.ufmg.br/~menfis/programa/Docbasico2000.doc](http://www.fisica.ufmg.br/~menfis/programa/Docbasico2000.doc) > Acesso em: 20 nov.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Educação profissional**: Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, 2000b. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/introduc.pdf>> Acesso em: 20/05/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2.ed. Brasília: Editora MS, 2010. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ambiencia\\_2ed.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/ambiencia_2ed.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1.ed. Brasília: Editora MS, 2013c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. 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 Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, 2014a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://sonerj.org.br/wp-content/uploads/2014/03/diretriz-cl-nica-drc-versao-final2.pdf>>. Acesso em: 26/06/2016.

\_\_\_\_\_. 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/wp-content/uploads/2016/04/portaria825.pdf> Acesso em: 09/06/2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CNS Nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20/05/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013b. Disponível em:< [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf)> Acesso em: 01/06/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRITO, Daniela Cristina Sampaio de. A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas e deficiências adquiridas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.106-119, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682009000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682009000100007&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BROWN, Edwina A. et al. Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. **Nephrology Dialysis Transplantation**, [S.l.], v. 25, n. 11, p.3755-3763, abr. 2010.

CALDERAN, Catiane et al. SELF-CARE PRACTICES FOR PEOPLES WITH CHRONIC RENAL FAILURE UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, p.3394-3402, 1 jan. 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n1p3394>. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2030/pdf\\_699](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2030/pdf_699)>. Acesso em: 20 maio 2015.

CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.823-831, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600018)>. Acesso em: 28 jun. 2016.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p.958-962, out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024)>. Acesso em: 26 jun. 2016.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; RÊGO, Denise Pereira do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.146-161, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11>>. Acesso em: 17 maio 2016.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada** : guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. et al. Estudo da sobrevivência de pacientes submetidos a hemodiálise e estimativa de gastos no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 193-199, jun. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n2/v36n2a12.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas**. 3.ed. São Paulo: Elsevier, 2010.

CNES. **[Pesquisa realizada na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde]**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2015

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p.1523-1531, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026)>. Acesso em: 13 mar. 2016.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 06/07/2016.

COSTA, Thays Macedo Nascimento; SAMPAIO, Carlos Eduardo Peres. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.260-265, maio. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/16534>>. Acesso em: 13 fev. 2016.

COSTA, Veridiana Alves de Sousa Ferreira; SILVA, Sandra Cibelly Ferreira da; LIMA, Vívian Caroline Pimentel de. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 23 fev. 2016.

CRUZ, Camila Ferreira; DA CUNHA, Gabriela de Oliveira Diacov; DE SOUZA, Sonia Regina Pereira. COST OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE END STAGE IN SÃO PAULO IN THE PERIOD FROM 2008 TO 2012. **Science in Health**,[S.l.], v. 5, n. 1, p. 6-11, jan. 2014. Disponível em < [http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista\\_scienceinhealth/13\\_jan\\_abr\\_2014/Science\\_05\\_01\\_6-11.pdf](http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/new/revista_scienceinhealth/13_jan_abr_2014/Science_05_01_6-11.pdf)>. acesso em 23 fev. 2016.

DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; KOLLER, Silvia Helena. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2071-2082, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001400023](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400023)>. Acesso em 20 nov. 2014.

DANTAS, Claudia de Carvalho et al. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 4, p.573-579, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400021&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000400021&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 28 set. 2015.

DAUGIRDAS, John T; BLAKE, Peter G ING, Todd S. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 719 p.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 551-3, 2009. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/21.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2015.

Evers G. C et al. **Appraisal of Self-care Agency's ASA scale: reliability and validity testing Dutch version of the ASA scale measuring Orem's concept " Self – Care Agency"**. [S.l.]: Van Gorcum, 1989. p. 140.

Evers G. C et al Validity testing of dutch translationof the appraisal of the self-care agency A.S.A. - Scale. **Journal International Nursing Student**, [S.l.], v. 30, n. 4, p.331-342, 1993.

FERNÁNDEZ, Alba; ABRIL, Fred Gustavo Manrique. Agencia de autocuidado. **Revista Salud História Sanidad on-line**, [S.l.], v. 4, n. 1, p.1-9, 2009. Disponível em: <<http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs/article/view/1850>>. Acesso em: 08 set. 2015.

FIGUEIREDO, Ana; KROTH, Leonardo; LOPES, MARIA HELENA I. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Science Medical**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, p. 198-202, 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Demanda/Downloads/1567-5664-2-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 05 ago. 2015.

FOSTER, Peggy Coldwell; BANNETT, Agnes M.. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Cap. 7. p. 83-102.

FRANCO, Marcia Regina Gianotti; FERNANDES, Natália Maria da Silva. Dialysis in the elderly patient: a challenge of the XXI century - narrative review. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [S.l.], v. 35, n. 2, p.132-141, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a09.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

GIL, Antônio Carlos. Como classificar as pesquisas. **Como elaborar projetos de pesquisa**, [S.l.], v. 4, p. 44-45, 2002. Disponível em: <<http://www.ngd.ufsc.br>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

GEORGE, Julia. B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 375 p.

GLASER, Barney G.; STRAUSS, Anselm L. **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. [S.l.], Transaction Publishers, 2009.

GODOY, Márcia Regina; NETO, Giácomo Balbinotto; RIBEIRO, Eduardo Pontual. Estimando as perdas de rendimento devido à doença renal crônica no Brasil. **Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2006 (Texto para discussão, 2006/1).

HOFFMAN, Brenda B.. Diálise Peritoneal. In: LERMA, Edgar V.; BERNS, Jeffrey S.; NISSENSON, Allen R.. **Current Nefrologia e Hipertensão: Diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2011. Cap. 51. p. 444-452. Tradução do capítulo de: Paulo Henrique Machado.

IBGE. [Pesquisa realizada na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Saúde. **Plano de saúde 2014-2017**. Juiz de Fora: [S.l., 2014].

KAMIMURA, Maria Ayako; BAZANELLI, Ana Paula; CUPPARI, Lilian. Nutrição em diálise peritoneal. In: VIEIRA NETO, Osvaldo Merege; ABENSUR, Hugo. **Diálise Peritoneal: Manual Prático, Uuso diário, ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013. Cap. 11. p. 75-102.

KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Official Journal of the International Society of Nephrology**. *Kidney International Supplements*. 2013. v.3, n.1.

KDIGO. Clinical practice guidelines for acute kidney injury. **Kidney International Supplements**, [S.l.], v.2, p.124–138, 2012. Disponível em <[http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf)>. Acesso em 10 ago. 2014.

KDOQI. **Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification**. New York: National Kidney Foundation, 2002.

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Gondim R, Grabois V, Mendes W, organizadores. Qualificação de Gestores do SUS**, v. 2, 2011.

LEE, A. et al. Patients' views regarding choice of dialysis modality. **Nephrology Dialysis Transplantation**, [S.l.], v. 23, n. 12, p.3953-3959, 16 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18586764>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

LIMA, Fernanda et al. O apoio da atenção básica ao paciente em uso de diálise peritoneal: relato de experiência. **Enfermagem Revista**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 81-91, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/185867file:///C:/Users/Demanda/Downloads/10693-38407-1-SM.pdf64>>. Acesso em: 15 jan. 2016

MALDANER, Cláudia Regina et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 647, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638/4693>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

MANFREDI, Silvia Regina *et al.* Técnicas Dialíticas na Doença Renal Crônica. In: AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. **Nefrologia**. 3. ed. Barueri: Manole, 2011. Cap. 31. p. 449-459. (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM).

MARTINS, Josiane de Jesus et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto - Enfermagem**,

Florianópolis, v. 16, n. 2, p.254-262, jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072007000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200007)> . Acesso em: 15 jul. 2015.

MCCARTHY, Alexandra et al. Compliance, normality, and the patient on peritoneal dialysis. **Nephrology nursing journal**, [S.l.], v. 37, n. 3, p. 243, 2010. Disponível em: <<http://search.proquest.com/openview/f9cd5899e394d5fc67bcc3680d04ed64/1?pq-origsite=gscholar>> Acesso em: 18 jan. 2016.

MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing: Development and progress**. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde – Representação Brasil, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 nov. 2015.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>>. Acesso em 17 dez. 2015.

MORAES, Aluana et al. PACIENTE RENAL CRÔNICO SUBMETIDO AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: OS OBSTÁCULOS ENFRETADOS NO COTIDIANO. **Udesc em Ação**, [s.i.], v. 8, n. 2, p.1-8, 2014. Disponível em: <[http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/4375/pdf\\_129](http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/4375/pdf_129)>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MORAES, Thyago Proença de; RIBEIRO, Silvia Carreira. Modalidade de diálise e qualidade de vida. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 289-290, Set. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002015000300289&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300289&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 nov. 2015.

MORSE, Janice M.; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. Londres: Sage Publications, 1995. 254 p.

NASCIMENTO, Maria Elisa Brum do. **REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: ELEMENTOS PARA AUTOGESTÃO**. 2016. 245 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/42754/R-T-MARIA-ELISA-BRUM-DO-NASCIMENTO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 maio 2016.

OLIVEIRA, Marília Pilotto *et al.* Trabalho e qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em diálise peritoneal. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 352-7,

2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a06>>. Acesso em 12 fev. 2016.

OLIVEIRA, Nathalia Billo de; SILVA, Frances Valéria Costa e; ASSAD, Luciana Guimarães. Competências do Enfermeiro Especialista em Nefrologia. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.375-380, 29 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9789/1377>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

OREM, Dorothea Elizabeth. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. Missouri: Mosby, 1995. 478 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDAL DE SAÚDE. **Programme on Mental Health: Division of Mental Health, Life Skills Education in Schools**. Genebra, OMS, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes**. [S.l.]: OPAS, 2001. 65 p. Disponível em: <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Habilidades.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

PAIVA, Fernando Santana de; RODRIGUES, Marisa Cosenza. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Londrina, v. 8, n. 3, p. 235-248, 2008. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v1n2/a08.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

PECOITS-FILHO, Roberto *et al.* Tratamento substitutivo da função renal na doença renal crônica: uma atualização do Registro Latino-Americano de Diálise e Transplante. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 09-13, mar. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002015000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 nov. 2015.

PATERSON, B. L. The shifting perspectives model of chronic illness. **Journal Nursing Scholarship**, [s.l.] v.33, n.1, p.21-26, 2001. Disponível em [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15475069.2001.00021.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.15475069.2001.00021.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)>. Acesso em 30 maio. 2016.

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; FILHO, António José de Almeida. Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 3, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 nov. 2015.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de

Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007. Disponível em:  
<<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

RAIMONDO, Maria Lúcia et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p.529-534, jun. 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020)>. Acesso em: 19 abr. 2015.

RAMOS, Elizabeth Cristina Carpena et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 297-305, Set. 2015. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002015000300297&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002015000300297&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

RASPANTI, Edmundo Octávio. Aspectos históricos da diálise peritoneal. In: VIEIRA NETO, Osvaldo Merege; ABENSUR, Hugo. **Diálise Peritoneal: manual prático, uso diário ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013a. Cap. 1. p. 1-3.

RASPANTI, Edmundo Octávio; NAKAGAWA, Beatriz; CHIOSI, Susana Zanardo. Técnica para troca de bolsas na diálise peritoneal. In: VIEIRA NETO, Osvaldo Merege; ABENSUR, Hugo. **Diálise Peritoneal: manual prático, uso diário ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013b. Cap. 8. p. 45-53.

ROMÃO JUNIOR, João Egidio. Conceituação, classificação e epidemiologia. In: CANZIANI, Maria Eugênia Fernandes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. **Doença Renal Crônica: manual Prático, uso diário, ambulatorial e hospitalar**. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013. p. 1-26.

\_\_\_\_\_. Doença Renal Crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [S.l.], v 24. n. 3 - supl. 1. 2004. Disponível em:  
<<file:///C:/Users/Demanda/Downloads/v26n3s1a02.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

RUIZ, Francisca Serrato et al. Continuidad de cuidados de los pacientes en diálisis peritoneal. **Enfermería Nefrológica**, Madrid, v. 16, p.141-141, 2013. Instituto de Salud Carlos III/BNCS/SciELO Espana. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-2884201300500071>. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842013000500071](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000500071)>. Acesso em: 27 jun. 2016.

SADALA, Maria Lúcia Araújo et al. A experiência vivida pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 68-75, 2012. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_10.pdf)>. Acesso em 06 jul. 2015.

SAMPAIO, Cynthia de Freitas; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Nursing process as a strategy in the development of competence for self-care. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.96-103, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900015&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 09 out. 2015.

SANCHO, L.A, DAIN, S. Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1279-1290, jun, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000600009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600009)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos - Cebrap**, São Paulo, n. 79, p.71-94, nov. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002007000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002007000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 29 ago. 2016.

SANTOS, Camila Medeiro dos. **Autocuidado e processo educativo de idosos com doenças crônicas não transmissíveis que demandam cuidados de enfermagem no domicílio**. 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertação-Camila-Medeiros.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

SANTOS, Felipe Kaezer dos; VALADARES, Glaucia Valente. Vivendo entre o pesadelo e o despertar: o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.39-46, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SANTOS, Iraci dos; ROCHA, Renata de Paula Faria; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p.335-342, abr. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200018)>. Acesso em: 16 jan. 2016.

SANTOS, Iraci Dos; SARAT, Caroline Neris Ferreira Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 313-318, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a03.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 575-9, 2002. Disponível em: <<http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/265/v55n5a15.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SANTOS, Marcos Eduardo. Da observação participante à pesquisa-ação: uma comparação epistemológica para estudos em administração. 2004.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, [S.l.], v. 377, n. 9781, p.1949-1961, jun. 2011. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60135-9). Disponível em:

<<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0140673611601359?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

SCHULMAN-GREEN, Dena. et al. Processes of self-management in chronic illness. **Journal Nursing Scholarship**, [S.l.], v.44, n.2, p.136-144, Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3366425/>>. Acesso em: 30 maio 2016.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p.3579-3586, nov. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900033](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033)>. Acesso em: 01 jun. 2016.

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2013 - Trend analysis between 2011 and 2013. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.476-481, 2014a. Disponível em: <[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1703](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1703)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Report of the Brazilian Chronic Dialysis Census 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.48-53, 2014b. Disponível em: <[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1617](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1617)>. Acesso em: 09 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 38, n. 1, p.54-61, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010128002016000100054](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002016000100054)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, José Vitor da et al. Teoria de Enfermagem do Deficit do Autocuidado - Dorothea Orem. In: SILVA, José Vitor da; GIFFONE, Cristiane. **Teorias de Enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2014. Cap. 3. p. 86-102.

SILVA, Maria Júlia Paes da. "Ela volta todo dia. O que ela quer?". In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. Cap. 16. p. 336-354. (Enfermagem).

SIVIERO, Pamila; MACHADO, Carla Jorge; RODRIGUES, Roberto Nascimento. **Doença renal crônica: um agravamento de proporções crescentes na população brasileira**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2013.

SOUSA, Valmi D. *et al.* Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale–Revised (ASAS-R). **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 16, n. 6, p. 1031-1040, 2010.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade do autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised para o Brasil**. 2012. 191 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em

Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra; PACE, Ana Emilia. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 221-229, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0221.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2014.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha.

STRINGUETTA-BELIK, Fernanda et al. Greater level of physical activity associated with better cognitive function in hemodialysis in end stage renal disease. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 34, n. 4, p.378-386, 2012. Disponível em: <[http://www.jbn.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1516](http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1516)>. Acesso em: 28 ago. 2015.

TAROZZI, Massimiliano. **O que é a Grounded Theory?: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**. Petropolis: Vozes, 2011. 192 p. Título original italiano: Che cos'è la Grounded Theory.

THOMÉ, Elisabeth Gomes da Rocha. **homens doentes renais crônicos em hemodiálise: a vida que poucos veem**. 2011. 181 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000821094&loc=2012&l=934d7732c6bdeead>>. Acesso em: 10 out. 2015.

TIMM, Arlete Maria Brentano et al. Liberdade condicionada: repercussões na família ao conviver com um membro em diálise peritoneal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [S.l.] v. 16, n. 4, p. 540-548, 2015. Disponível em <[http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2035/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2035/pdf_1)>. Acesso em 21 fev. 2015.

TRAJANO, Jadir da Silva; MARQUES, Isaac Rosa. Assistência de enfermagem na diálise peritoneal ambulatorial e hospitalar. **Revista Enfermagem Unisa**, [s. l.], v. 6, p.52-57, 2005. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-09.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 de novembro 2015.

VIEIRA NETO, Osvaldo Merege ; DANTAS, MÁRCIO. Princípios da diálise peritoneal. In: VIEIRA NETO, Osvaldo Merege; ABENSUR, Hugo. **Diálise**

**Peritoneal:** manual prático, uso diário ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Livraria Balieiro, 2013. Cap. 2. p. 4-7.

ZILLMER, Juliana Graciela Vestena; SILVA, Denise Guerreiro Vieira Da; MERCADO-MARTINEZ, Francisco Javier. Sobre o meu corpo mando eu! O manejo do tratamento na vida das pessoas em diálise peritoneal. **Investigação Qualitativa em Saúde**, [S.l.], v. 1, 2015. Disponível em < <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/72/69>>. Acesso em 28 de jan. 2016.

## ANEXO 1 – Escala Appraisal of Self Care Agency Scale - Revised

### Escala de avaliação da capacidade para o autocuidado

**Instrução:** Marque a melhor resposta para cada uma das informações abaixo, segundo a escala.

**Por exemplo:** Você concorda com a pergunta número 1? Se sim, você dirá ou assinalará com um X no espaço concordo ou concordo totalmente. A diferença entre concordo e concordo totalmente é que a resposta “Concordo totalmente” dá ideia de sempre e “concordo”, dá ideia de na maioria das vezes.

**Exemplo:** Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.

**Resposta:** Se você é uma pessoa que sempre dorme o suficiente para me sentir descansado, você vai dizer/assinalar “CONCORDO TOTALMENTE”. Agora, se você, na maioria das vezes dorme o suficiente para se sentir descansado, você irá dizer/assinalar “CONCORDO”.

Esse exemplo vale para as opções de resposta “DISCORDO TOTALEMENTE” e “DISCORDO”.

1-Discordo Totalmente 2- Discordo 3- Não sei 4- Concordo 5- Concordo totalmente.

| Itens   | Discordo Totalmente (1) | Discordo (2) | Não Sei (3) | Concordo (4) | Concordo Totalmente (5) |
|---|-------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------------------|
| 1. À medida que a minha vida muda, eu faço alterações necessárias para me manter saudável.                        |                         |              |             |              |                         |
| 2. Se a minha capacidade para movimentar está diminuída, procuro uma maneira para resolver essa dificuldade.      |                         |              |             |              |                         |
| 3. Quando necessário, eu estabeleço novas prioridades para as decisões que tomo para me manter saudável.          |                         |              |             |              |                         |
| 4. Eu frequentemente, sinto falta de energia (ânimo) para me cuidar como eu sei que deveria.                      |                         |              |             |              |                         |
| 5. Eu procuro as melhores maneiras para me cuidar.  |                         |              |             |              |                         |
| 6. Quando necessário, eu consigo dedicar tempo para me cuidar.  |                         |              |             |              |                         |
| 7. Se eu tomo um novo remédio, eu procuro informações sobre os seus efeitos colaterais para melhor cuidar de mim. |                         |              |             |              |                         |
| 8. No passado, eu mudei alguns dos meus velhos hábitos (costumes) para melhorar minha saúde.                      |                         |              |             |              |                         |
| 9. Eu rotineiramente tomo decisões para garantir a minha segurança e da minha família.                            |                         |              |             |              |                         |
| 10. Eu regularmente avalio se as coisas que eu faço estão dando certo para me manter saudável.                    |                         |              |             |              |                         |
| 11. No meu dia a dia, eu raramente dedico tempo para cuidar da minha saúde.                                       |                         |              |             |              |                         |
| 12. Eu sou capaz de obter as informações de que preciso quando a minha saúde está ameaçada.                       |                         |              |             |              |                         |
| 13. Eu peço ajuda quando não sou capaz de cuidar de mim.  |                         |              |             |              |                         |
| 14. Eu raramente tenho tempo para mim.  |                         |              |             |              |                         |
| 15. Eu nem sempre sou capaz de cuidar de mim da maneira que gostaria.   |                         |              |             |              |                         |

Fonte: STACCIARINI (2012).

**APÊNDICE 1 – Instrumento de Coleta de dados****INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS**

Identificação:

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****1-Nome**

Completo: \_\_\_\_\_

**2 -Distância da residência ao centro de diálise \_\_\_\_\_quilômetros.****3-Sexo: (0) Feminino (1) Masculino****4- Idade \_\_\_\_\_anos****5- Escolaridade: (0) analfabeto (1) Ensino Fundamental incompleto (2) Ensino Fundamental completo (3) Ensino Médio incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Pós-graduação****6- Ocupação: (0) Atividade laborativa (1) aposentado (2) Auxílio doença (3) Desempregado****7- Renda: (0) Menor 1 salário (1) 1 a 2 salários (2) 3 a 4 salários (3) Maior que 5 salários****8-Tempo de diálise peritoneal domiciliar \_\_\_\_\_ meses****9- Realiza (0) Diálise peritoneal automatizada (1) Diálise peritoneal manual (2)ambas****10- Apresentou peritonite no último ano: (0) Não(1) Sim****11- Se apresentou peritonite no último ano, quantos episódios: (0) 1episódio (1) 2 episódios (2) três ou mais episódios****12- Alguém o ajuda a realizar a diálise peritoneal? (0)Não (1)Sim****13- Se sim na resposta anterior, o cuidador mora na mesma residência? (0) Não (1) Sim**

## **APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **QUESTÕES DO ESTUDO**

- 1-** Para você, como é fazer diálise peritoneal em casa?
- 2-** Fale para mim, quais são os passos que você faz para realizar uma sessão de diálise?
- 3-** Para você, se existir, quais são as facilidades em realizar a diálise peritoneal?
- 4-** Existem dificuldades? Quais?
- 5-** Quais os cuidados você tem para melhorar seu tratamento?

### APÊNDICE 03 – MODELO TEÓRICO APRESENTADO AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO PARA VALIDAÇÃO TEÓRICA

**Participante:****Data:**

Receber o diagnóstico de doença renal crônica e realizar a diálise peritoneal em casa me fez desenvolver ou melhorar as minhas habilidades de tomar decisões, pensar criticamente, controlar o meu estresse e minha emoção, além de movimentos, principalmente com as mãos para realização desse tratamento.

Ao iniciar o tratamento em casa, vivenciei incômodos e tinha medo relacionado à realização de fazer diálise em casa, mas, com o passar do tempo, os incômodos e o medo foram superados e eu fiquei mais tranquilo e confortável em realizar o tratamento em casa.

A diálise peritoneal para mim é a melhor opção, quando comparada à hemodiálise, pois eu não tenho necessidade de ir ao HU três vezes na semana por longo período de tempo. Realizar diálise peritoneal me oferece maior liberdade durante o dia, mas, mesmo assim, foi necessário adequar algumas atividades minhas, pois existem restrições impostas pela presença da doença e da diálise.

Eu realizo a diálise em casa e eu tenho uma Unidade Básica de Saúde (posto de saúde) que eu posso ir quando preciso. Eu tenho várias necessidades de saúde e por isso faço acompanhamento também em outros locais, como em ambulatórios, hospitais e no próprio posto de saúde. Entretanto apenas o HU é minha referência para eu tirar dúvidas ou me ajudar quando tenho problemas com a diálise.

Quando eu preciso, eu aciono o enfermeiro da diálise, por telefone, mesmo fora do seu turno de trabalho. Sendo assim, eu não sinto necessidade de melhorar minha relação com a Unidade Básica de Saúde, pois ser atendido no HU é o suficiente para o atender minhas de suas necessidades.

O treinamento para realizar a diálise em casa dado pelo enfermeiro me ajudou a desenvolver habilidades que me possibilitou realizar a diálise em casa. Dentre as habilidades que desenvolvi, estão a habilidade de comunicação (quando eu preciso, eu ligo, pergunto e tiro dúvidas), pensamento crítico (se tiver algum problema ou se eu tiver que mudar alguma coisa em relação ao tratamento, eu penso criticamente), tomada de decisão (quando preciso, eu tomo decisões que me ajudem no tratamento) e a habilidade motora (movimentos que me possibilitam fazer todo o procedimento da diálise, inclusive a me conectar à máquina).

Quando eu preciso ir a outros serviços como na Unidade Básica de Saúde ou na UPA, ou num hospital, percebo que os profissionais que atuam nesses locais não conhecem a diálise peritoneal então, se eu precisar internar, um familiar meu que precisa ir realizar a diálise

para mim. Além disso, quando eu interno, eu preciso me adaptar à rotina do hospital para realizar o tratamento lá. Eu não converso na Unidade Básica de Saúde sobre eu fazer diálise e não tiro dúvidas com os profissionais de lá.

Para realizar a diálise em casa, eu precisei fazer adaptações (mudanças). Essas adaptações foram feitas na minha casa, principalmente no meu quarto e essas mudanças foram feitas para eu ter um risco menor de pegar uma infecção. Eu tenho um animal de estimação e evito que ele entre no meu quarto, também para evitar infecção.

A minha vida social também sofreu interferência devido à necessidade de eu realizar diálise, por este motivo, eu também fiz adaptações em relação ao meu dia de folga da diálise e horários do procedimento (por exemplo: se eu tenho que ir a uma festa à noite, faço no horário em que eu voltar ou, se eu tiver um dia de folga da diálise, eu programo a minha folga para o dia da festa). Essas adaptações que eu faço com as minhas atividades facilitam a maneira que eu vivo.

Para definir se eu iria fazer ou não as adaptações na minha casa e nas minhas atividades do dia a dia, eu precisei pensar para resolver se teria problema para a minha saúde ou não e, a partir desse pensamento, eu tomava as decisões.

Às vezes, eu acho que realizar a diálise em casa é ruim, pois fico sozinha e desestimulada, mas o fato de eu ter uma ocupação (atividades domésticas, trabalho voluntário ou remunerado) me ajuda a conviver melhor com a diálise, pois me sinto útil, minha autoestima é melhorada. Sendo assim, ter uma ocupação me ajuda a aceitar o tratamento e assim fica mais fácil fazer diálise. Mas, para eu ter uma ocupação, preciso sempre avaliar se eu consigo realizá-la ou não e aí eu resolvo se vou ou não fazer essa ocupação.

Para realizar a diálise em casa, eu faço todo um ritual de tratamento, pois eu cuido do meu quarto, da higiene das minhas mãos, limpo com álcool 70% todo o material, depois monto a máquina, me conecto, me preocupo com a posição de dormir, e, quando eu acordo, eu me desconecto da máquina. Todos esses cuidados são para prevenir infecções, internações e melhorar a minha qualidade de vida. E, para tanto, eu penso em tudo o que vou fazer, tomo decisões a respeito das minhas atitudes para o tratamento, busco ajuda quando tenho dúvidas ou problemas.

**APÊNDICE 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF  
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL**

**NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR:** FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** DENISE ROCHA RAIMUNDO LEONE

**ENDEREÇO:** RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER– S/N - MARTELOS CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG - FONE: (32) 8813-1984 E-MAIL: de\_rocha@ymail.com

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário a participar da pesquisa “Diálise Peritoneal: habilidades para o autocuidado terapêutico”. Esta pesquisa tem por objetivo geral apresentar uma discussão teórica acerca das demandas do autocuidado terapêutico desenvolvido pelos pacientes em diálise peritoneal domiciliar no contexto das relações destes com os serviços de enfermagem existentes na rede de atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Com este estudo, espera-se compreender como os pacientes em tratamento de Doença Renal Crônica por Diálise Peritoneal realizam o autocuidado terapêutico no domicílio e identificar as habilidades para a realização das atividades requeridas para o autocuidado no domicílio. A pesquisadora utilizará um questionário semiestruturado. As entrevistas serão gravadas e transcritas posteriormente pela própria pesquisadora. Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para todos, quando estiver concluído o estudo. Cabe destacar que, nesta pesquisa, não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo, oferecendo risco mínimo à pessoa, e se porventura houver, será ressarcido pelo pesquisador responsável. Esta pesquisa não possui financiamento e, para participar, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a identidade do (a) Sr. (a) com padrões profissionais de anonimato. Assim, o nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem sua permissão. Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, sendo arquivados por um período de cinco anos, sendo destruídos após este período. Os resultados da pesquisa estarão à disposição do (a) Sr (a) quando finalizada. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida ao (a) Sr. (a), respeitando a Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos do estudo “Diálise Peritoneal Domiciliar: habilidades para o autocuidado terapêutico”. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

| Nome | Assinatura participante | Data |
|------|-------------------------|------|
|------|-------------------------|------|

| Nome | Assinatura pesquisador | Data |
|------|------------------------|------|
|------|------------------------|------|

| Nome | Assinatura testemunha | Data |
|------|-----------------------|------|
|------|-----------------------|------|

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: **CEP - Comitê de Ética em Pesquisa** HU/UFJF Hospital Universitário – Unidade Santa Catarina- prédio da administração sala 27, CEP: 36036-110 Fone: (32) 4009 5205. e-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

**APÊNDICE 5- Declaração de autorização da Diretora da Faculdade de Enfermagem.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO  
36036-110 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

**DECLARAÇÃO**

Eu, Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich, diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo a mestranda em enfermagem Denise Rocha Raimundo Leone, a realizar sua pesquisa intitulada: **“Diálise Peritoneal Domiciliar: habilidades para o autocuidado terapêutico”** sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso do mestrado em enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, que tem por objetivo geral apresentar uma discussão teórica acerca das demandas do autocuidado terapêutico desenvolvido pelos clientes em diálise peritoneal domiciliar no contexto das relações destes com os serviços de enfermagem existentes na rede de atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o anonimato, a privacidade, a proteção de imagem, dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da instituição e nem das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 02 de dezembro de 2014.

Prof. Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich  
Diretora da Faculdade de Enfermagem

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise B. de Castro Friedrich  
DIRETORA DA FACULDADE  
DE ENFERMAGEM - UFJF  
COREN-MG 024.833

## APÊNDICE 6: - Declaração de autorização da Responsável Técnica da Enfermagem em nefrologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº  
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

A Responsável Técnica do Setor de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Universitário da UFJF, Heleni Terezinha Batista, autoriza a pesquisadora Prof. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro, e a pesquisadora Mestranda Denise Rocha Raimundo Leone a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: **“Diálise Peritoneal Domiciliar: habilidades para o autocuidado terapêutico”**. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo apresentar uma discussão teórica acerca das demandas do autocuidado terapêutico desenvolvida pelos clientes em diálise peritoneal domiciliar no contexto das relações destes com os serviços de enfermagem existentes na rede de atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 04 de dezembro de 2014

*Heleni T. Batista*  
ENFERMEIRA  
DIVISÃO DE NEFROLOGIA  
COREN-MG 12023

Heleni Terezinha Batista

**APÊNDICE 7 - Declaração de autorização do chefe do setor de nefrologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº  
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

O chefe do serviço/setor de nefrologia do Hospital Universitário da UFJF, Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos, autoriza a pesquisadora Prof. Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro, e a pesquisadora Mestranda Denise Rocha Raimundo Leone a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: **“Diálise Peritoneal Domiciliar: habilidades para o autocuidado terapêutico”**. Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo apresentar uma discussão teórica acerca das demandas do autocuidado terapêutico desenvolvida pelos clientes em diálise peritoneal domiciliar no contexto das relações destes com os serviços de enfermagem existentes na rede de atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

As pesquisadoras responsáveis da pesquisa se comprometem a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos participantes garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de auto-estima de prestígio econômico ou financeiro.

**Juiz de Fora, 28 de janeiro de 2015**

Assinatura manuscrita de Marcus G. Bastos, consistindo em uma série de traços fluidos que representam o nome e o sobrenome.

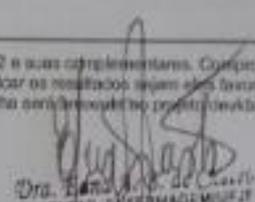
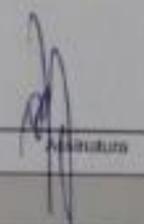
**Dr. Marcus G. Bastos**  
Chefe do Serviço de Nefrologia  
Hospital Universitário - UFJF

Dr. Marcus Gomes Bastos

## APÊNDICE 8 - Declaração de autorização do Superintendente do Hospital Universitário HU/UFJF

**Plataforma Brasil** MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

|  |  |   |                    |
|--|--|---|--------------------|
| 1. Projeto de Pesquisa<br>Diálise Peritoneal Oncolítica: habilidades para a autoidentificação terapêutica  |  | 2. Número de Participantes da Pesquisa<br>40  |                    |
| 3. Área Temática   |  |   |                    |
| 4. Área do Conhecimento<br>Grande Área 4. Ciências da Saúde  |  |   |                    |
| <b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>   |  |   |                    |
| 5. Nome<br>Edna Aparecida Barbosa de Castro  |  |   |                    |
| 6. CPF<br>455.028.178-53   |  | 7. Endereço (Rua, n.º)<br>HEITOR VILA LOBOS SÃO PEDRO Casa 11 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36336035  |                    |
| 8. Nacionalidade<br>BRASILEIRO   |  | 9. Telefone<br>(32) 3221-1381   | 10. Outro Telefone |
|  |  | 11. Email<br>edna.castro@ufjf.edu.br  |                    |
| 12. Cargo  |  |   |                    |
| <p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados apenas em locais aprovados pelo Comitê de Ética. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que esta folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> |  |   |                    |
| Data: <u>05 / 02 / 2015</u>  |  | <br>Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro<br>PROF.ª CAL. ENFERMAGEM/UFJF<br>DEPT.º DE ENFERMAGEM<br>SAÚDE DO ADULTO<br>CORR: 04000001 |                    |
| <b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>  |  |   |                    |
| 13. Nome<br>Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG  |  | 14. CNPJ  | 15. Unidade/Orgão  |
| 16. Telefone<br>(32) 4005-5157   |  | 17. Outro Telefone  |                    |
| <p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>   |  |   |                    |
| Responsável: <u>Dinoriz Augusto Cavalcanti</u>   |  | CPF: <u>345.353.295-88</u>  |                    |
| Cargo/Função: <u>Superintendente</u>   |  |   |                    |
| Data: <u>06 / 02 / 2015</u>  |  | <br>Assinatura   |                    |
| <b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>  |  |   |                    |
| Não se aplica.   |  |   |                    |

**APÊNDICE 9-** Códigos extraídos das entrevistas no processo de codificação aberta

- Adaptando a casa
- Adaptando as situações para melhor conviver com a diálise em casa
- Adaptando o quarto para fazer DP em domicílio
- Atendendo o requisito um
- Atendendo o requisito dois
- Atendendo o requisito três
- Atendendo o requisito quatro
- Atendendo requisito cinco
- Atendendo o requisito seis
- Associando a DRC já existente a outras doenças por desconhecimento
- Associando cuidados de limpeza e higiene para prevenção da peritonite
- Associando cuidados da DP com higiene
- Associando o horário de iniciar a diálise com o jornal
- Associando o treinamento recebido com o sucesso no procedimento da DP
- Associando os alarmes ou problemas com a cicladora com os responsáveis pelo procedimento
- Associando os cuidados de DP para não ir ao hospital
- Associando problemas do cateter com a implantação
- Comparando a hemodiálise a diálise peritoneal
- Competência para a leitura se faz necessária
- Cuidando do ambiente de realização da diálise
- Cuidando do cateter\óstio do cateter
- Deixando de fazer a diálise
- Descobrimo ter DRC
- Desconfiando do tratamento devido à experiência de outros pacientes
- Desconhecendo a diálise peritoneal ambulatorial contínua como forma de tratamento
- Desmitificando informações
- Dificuldade de viajar
- Dormindo ao lado da máquina
- Em busca da autonomia
- Emagrecendo
- Engordando com a realização da DP
- Entendendo a dieta como parte do tratamento
- Entendendo a DP como terapia solitária
- Entendendo a prescrição da diálise e/ou tratamento
- Entendendo a visita dos profissionais da UBS e EMAD em domicílio como desnecessária
- Falando do que é ruim com mais facilidade do que o que "seria bom"
- Falando sobre o tratamento conservador
- Fazendo a diálise em si
- Fazendo a DP no hospital
- Fazendo anotações sobre a diálise
- Fazendo controle do peso seco
- Fazendo diálise e trabalhando
- Fazendo uso da medicação prescrita

- Fazendo sexo com o cateter
- Gastando dinheiro com o tratamento
- Gerenciando o material da DP
- Habilidade cognitiva
- Habilidade de autoconhecimento
- Habilidade de comunicação efetiva
- Habilidade de pensamento crítico
- Habilidade de solução de problemas
- Habilidade de tomada de decisão
- Habilidade Motora
- Habilidade de adaptação social
- Iniciando a DPA: sensações e sentimentos
- Mantendo comorbidades
- Não convivendo com a restrição hídrica
- Não entendendo o cuidado médico prescrito
- Não fazendo a dieta
- Necessitando de ajuda para o deslocamento das bolsas e/ou máquina da diálise
- Negando a visita de profissionais da UBS e EMAD
- Negando o tratamento em casa pelas condições da casa
- Passando mal durante a diálise peritoneal
- Pedindo ajuda
- Perdendo a função renal residual
- Perdendo o transplante renal
- Perguntando ao médico sobre o cuidado com o cateter
- Preferindo a DP à HD
- Preferindo a DP no domicílio
- Preferindo a HD à DP
- Realizando atividade física como autocuidado
- Realizando o passo a passo de fazer diálise peritoneal em casa
- Recebendo a visita da assistente social da diálise para a liberação da diálise peritoneal domiciliar
- Reconhecendo a necessidade de cuidado da equipe multiprofissional
- Reconhecendo alarmes da cicladora
- Reconhecendo o cateter
- Reconhecendo que existem complicações
- Reconhecendo sinais, sintomas, sentimentos e sensações da DRC
- Reforçando a importância da lavagem das mãos
- Relatando as dificuldades
- Relatando as dificuldades da Hemodiálise
- Relatando as facilidades
- Relato de atividades para o autocuidado
- Resolvendo os problemas com a cicladora
- Ressaltando o tempo gasto com os procedimentos necessários para iniciar a diálise

- Restrição da ingesta hídrica
- Sabendo e não fazendo
- Sabendo que a DP, no momento, é a única opção
- Se adaptando ao tratamento
- Se considerando chato (a) para poder fazer a DP
- Se considerando na meia idade
- Se sentindo determinada
- Sendo independente para o autocuidado
- Sentimento em relação à DRC
- Sentimentos acerca do transplante
- Sentindo a falta de dialisar
- Sentindo o peso de ser cuidador
- Sofrendo influência da crença religiosa
- Tapando o sol com a peneira
- Tendo a dieta flexibilizada por fazer DP
- Tendo a DP como dificultadora do trabalho
- Tendo a DP como primeiro tratamento da DRC
- Tendo a medicina e a enfermagem do serviço de diálise como referência em caso de dúvidas com o tratamento
- Tendo consciência dos cuidados
- Tendo dificuldade de ir ao banheiro durante a diálise devido a estar conectado à máquina
- Tendo medo da hemodiálise
- Tendo o enfermeiro do serviço de diálise como referência em casos de dúvidas
- Tendo o médico do serviço de diálise como referência em casos de dúvidas
- Tendo o movimento limitado ao dormir devido à diálise
- Tendo problemas com a cicladora
- Tendo um animal de estimação
- Tomando os remédios
- Tornando mais leve o convívio com o cateter
- Tornando o tratamento como o direcionador de sua vida
- Trabalhando e fazendo DP
- Utilizando a bolsa/faixa porta-cateter
- Utilizando mecanismos para enfrentar descontrolado das comorbidades
- Utilizando materiais disponibilizados para o entendimento do tratamento\doença
- Utilizando um cobertor de máquina
- Vantagem da HD em relação à DP
- Viajando e fazendo DP
- Vivenciando a hemodiálise
- Vivenciando as incertezas
- Vivenciando o transplante renal
- Vivenciando os incômodos do tratamento
- Vivências na sala de espera
- Vivendo com a limitação da ingesta hídrica

- Vivendo com o cateter de diálise peritoneal
- Reconhecendo possibilidade de erro de cuidador
- Fragmentando o cuidado com a mãe
- Negando ter dificuldades com a DP
- Sendo internada e não realizando a DP
- Escondendo a máquina para evitar questionamentos
- Relatando a troca de lençol como atividade do autocuidado