

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE

AUTOCUIDADO E CUIDADO DE DEPENDENTE EM DIÁLISE PERITONEAL
AMBULATORIAL CONTÍNUA: UM ESTUDO DA TEORIA DE OREM

BRASÍLIA

2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE

AUTOCUIDADO E CUIDADO DE DEPENDENTE EM DIÁLISE PERITONEAL
AMBULATORIAL CONTÍNUA: UM ESTUDO DA TEORIA DE OREM

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de concentração: Política, Práticas e Cuidado em Saúde e em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa Dra Diana Lúcia Moura Pinho

BRASÍLIA
2015

BF866a Bertoso de Vasconcelos Freire, Lucyana
a Autocuidado e Cuidado de Dependente em Diálise
Peritoneal Ambulatorial Contínua: um estudo da Teoria
de Orem / Lucyana Bertoso de Vasconcelos Freire;
Orientador Diana Lúcia Moura Pinho. - - Brasília, 2015.
184 p.

Dissertação (Mestrado – Mestrado em Enfermagem) - -
Universidade de Brasília, 2015.

1. Autocuidado. 2. Cuidado de Dependente. 3.
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. 4. Teorias
de Enfermagem. 5. Enfermagem. I. Moura Pinho, Diana
Lúcia, orient. II. Título.

LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE

AUTOCUIDADO E CUIDADO DE DEPENDENTE EM DIÁLISE PERITONEAL
AMBULATORIAL CONTÍNUA: UM ESTUDO DA TEORIA DE OREM

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 17 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Diana Lúcia Moura Pinho – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Marina Morato Stival – Membro Efetivo, Externo ao Programa
Universidade de Brasília

Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Márcia Cristina da Silva Magro – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Aos usuários e cuidadores do Programa de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua do Hospital Universitário de Brasília que gentilmente se dispuseram a participar das entrevistas o que tornou possível a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e saúde

Aos meus pais, Léo e Rosa, que desde cedo me impulsionaram em busca de minha independência.

Ao meu esposo, Rodrigo, pelo amor, cuidado e companheirismo em todos os momentos.

Ao meu querido filho, Marcelo, por dar sentido à minha vida e me fazer querer dar sempre o meu melhor. Pelas risadas e momentos de descontração durante esta árdua jornada.

À minha irmã, Cláudia, pelo exemplo de sabedoria e pelos conselhos durante esta trajetória.

À Elinete Soares da Silva, chefe de enfermagem do Centro de Diálise do HUB, pela concessão do afastamento.

Ao Dr Eduardo Vaz, médico do Programa de DPAC do HUB, pelo exemplo de humanidade e dedicação aos usuários renais e por todo o apoio na fase de coleta de dados.

À Direção do HUB e à Universidade de Brasília, em especial à Dra Sâmara Farias Costa Godeiro Carlos, pela liberação do afastamento o que tornou possível a realização do mestrado com dedicação e tranquilidade.

Ao meu amigo de “meia caminhada”, Maurício Gomes, pela amizade e auxílio nos momentos de desespero. Pela parceria nas publicações e eventos científicos.

À amiga, Nádia Gislene, pelo incentivo e informações compartilhadas.

Ao amigo, Rodrigo Lima, pelo auxílio nas traduções e na construção do banco de dados.

Aos primos, Leandro e Vilmar, pela formatação do texto e elaboração das imagens.

Às professoras Marina Morato Stival, Cristine Alves Costa de Jesus e Márcia Cristina da Silva Magro por aceitarem tão prontamente participar da minha banca.

À professora Diana Lúcia Moura Pinho pela serenidade durante a orientação desse trabalho e por todo o aprendizado adquirido.

RESUMO

FREIRE, Luciana Bertoso de Vasconcelos. Autocuidado e cuidado de dependente em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: um estudo da Teoria de Orem. 2015. 184p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

INTRODUÇÃO: Os avanços ocorridos na área de Nefrologia, especificamente no âmbito das terapias renais substitutivas, trouxeram grandes alterações na estratégia até então utilizada na assistência aos usuários com doença crônica. Nesse contexto, a diálise peritoneal (DP) se apresenta como uma modalidade alternativa de tratamento essencialmente domiciliar e coloca em evidência outras demandas de atenção como a orientação sistematizada, o autocuidado e a participação de outros atores na unidade de cuidado, como a figura do cuidador, com vistas ao desenvolvimento de competências de cuidado de dependente e à melhoria na assistência de enfermagem para esse sistema usuário-cuidador. A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE), de Dorothea Orem, tem sido aplicada em diversos contextos no Brasil e no mundo e o presente estudo discute o autocuidado e o cuidado de dependente da TDACE em usuários com doença renal submetidos à diálise peritoneal domiciliar.

OBJETIVOS: Analisar o autocuidado e o cuidado de dependente em usuários submetidos à diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem qualitativa. O Estudo foi realizado em um hospital de ensino de Brasília - DF. Participaram do estudo os usuários do programa de DPAC e seus respectivos cuidadores. Os critérios de inclusão adotados para os usuários foram: diagnóstico de doença renal crônica dialítica, no mínimo noventa dias de ingresso no programa de DP, ambos os sexos, independente de faixa etária. Foram excluídos os usuários com lesão renal aguda, em regime de internação e em condições clínicas que impossibilitavam a participação. Como critérios de inclusão para os cuidadores, foram considerados: estar exercendo o papel de cuidador há mais de três meses em relação à DP e ter recebido o treinamento em DP pela equipe do Centro de Diálise. Os dados foram coletados por meio de entrevista e análise documental. O Estudo foi dividido em Estudo I e Estudo II. No primeiro estudo, foi estruturado instrumento adaptado para a coleta de dados e utilizados três instrumentos validados: Índice de Katz, Escala de Lawton e Escala de ZBI. No Estudo II, foi aplicado o instrumento elaborado no estudo I em usuários de DPAC e em seus cuidadores.

RESULTADOS: Os usuários eram 64,7% mulheres, 35,3% homens, com predomínio do grupo etário de 30 a 45 anos e 14 a 29 anos. 47% tinham o ensino fundamental incompleto. Constatou-se que 70,6% dos usuários possuíam cuidador. Entre os cuidadores, 78,6% eram mulheres, 50% no grupo etário entre 30 a 40 anos, 42,9% entre 41 a 50 anos e 35,7% com ensino superior completo. Em relação ao grau de parentesco, 42,9% eram filhos e 78,6% residiam com os usuários. Foram identificados e definidos os indicadores empíricos do autocuidado e do cuidado de dependente em usuários de DPAC. Os fatores que interferem nos requisitos universais foram identificados na demanda de autocuidado universal relacionado à

alimentação, eliminação, atividade e repouso, solidão e interação social e promoção da saúde. A aplicação do índice de Katz (grau de funcionalidade) e a Escala de Lawton (grau de dependência) permitiram identificar o déficit de autocuidado para a demanda de atividade e repouso e de solidão e interação social. Em relação ao desvio de desenvolvimento, 23,5% dos participantes possuíam este requisito alterado em função da faixa etária e do diagnóstico da DRC. O déficit de cuidado de dependente relacionado à capacidade psicoemocional foi identificado em 57,1% dos cuidadores, com manifestação de tristeza. A sobrecarga de cuidador foi classificada de moderada a severa em 28,6% dos cuidadores de acordo com a escala de ZBI. Apenas 14,3% dos cuidadores relataram não compreender o funcionamento da diálise peritoneal. Quanto à capacidade física, 78,6% relataram cansaço, indisposição e falta de energia após a função de cuidador. A identificação dos déficits de autocuidado e de cuidado de dependente possibilitaram elaborar os diagnósticos, os sistemas e as intervenções de enfermagem e esquematizar um modelo descritivo de unidade de cuidado de dependente ao usuário de DPAC. **CONCLUSÃO:** A Teoria de Orem em usuários de DPAC e em seus cuidadores apresenta-se como caminho produtor para sistematizar a consulta de enfermagem e para avaliação e orientação das reais necessidades de cuidados de enfermagem no contexto da DP com vistas ao desenvolvimento das capacidades de autocuidado e de cuidado de dependente dos usuários renais.

Palavras-chave: Autocuidado; Cuidado de Dependente; Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua; Teorias de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

FREIRE, Lucyana Bertoso de Vasconcelos. Self-Care and dependent care in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: a study on Orem's theory. 2015. 184p. Thesis (Master's Degree) - Nursing Department, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2015.

INTRODUCTION: Advances made in the area of Nephrology, specifically in the context of renal replacement therapies brought major changes for the strategy until then used in assisting users with chronic disease. In this context, peritoneal dialysis (PD) is presented as an alternative form of essential home care treatment and puts in evidence other attention demands such as: systematic orientation, self-care and other people's participation in the care unit, like the caregiver, with a view to develop dependent care skills and to improve nursing care in the user-caregiver system. Dorothea Orem's self-care deficit nursing theory (TDACE), has been used in various contexts within Brazil and worldwide and this study discusses the self-care and TDACE dependent care in users with kidney disease undergoing domiciliary peritoneal dialysis. **OBJECTIVES:** to analyze self-care and the dependent care in users undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **METHOD:** This is a descriptive, exploratory and transversal study, with a qualitative approach. The study was conducted at a teaching hospital in Brasília-DF. Users of DPAC program and their caregivers participated in the study. The adopted inclusion criteria applied were: dialytic chronic kidney disease diagnosis (DRC), minimum of 90 days of entry into the DP program, both sexes, regardless of age. Users with acute kidney injury, in detention regime, and the users who were in impossible clinic conditions to participate were all excluded. The criteria for the inclusion of caregivers were: the practice of caregiver activity for more than three months in relation to DP, and the obtaining of DP training from the dialysis center staff. Interview and documents analysis were used for data collecting. The study was divided into Study I and Study II. In the first study, an adapted data collection instrument was structured, and three validate instruments were used: Katz Index, Lawton Scale and ZBI Scale. In Study II, the instrument used in study I was applied in DPAC users and in their caregivers. **RESULTS:** Among the group users 64, 7% were women and 35, 3% were men, with predominant age range groups at 30-45 years old and at 14-29 years old. 47% of them didn't complete elementary school graduation. It was found that 70.6% of users had caregivers. Among the caregivers, 78.6% were women, 50% in the age group of 30-40 years-old, 42.9% in the age group of 41-50 years-old and 35.7% have a complete higher education. In relation to the degree of kinship, 42.9% were their kids and 78,6 lived with users. Empirical indicators of self-care and dependent care were identified and defined in DPAC uses. Factors that interfere in universal requirements were identified in the self-care universal demands, in relation to food supply, elimination, activity and rest, loneliness, and social interaction and health promotion. The application of Katz index (degree of functionality) and the Lawton Scale (degree of dependence) helped to identify the self-care deficit on demands for activity and rest,

loneliness and social interaction. In relation to the development deviation, 23.5% of participants had it modified, depending on the age and on the DRC diagnosis. The dependent deficit care, in relation to psycho-emotional capacity, was identified in 57.1% of caregivers with sadness demonstration. According to ZBI scale, a caregiver burden was classified as moderate to severe by 28.6% of caregivers. Only 14.3% of caregivers reported not to understand how does peritoneal dialysis work. About physical capacity, 78.6% reported fatigue symptoms, malaise, and lack of energy after a caregiver work. The identification of the self-care deficits and dependent care enabled the preparation for diagnosis, systems, and nursing interventions, and lay out a descriptive dependent care unit model to the DPAC users. **CONCLUSION:** Orem's theory application to DPAC users and to their caregivers means a productive way to systematize nursing consultation and also to the assessment and orientation of the real nursing care needs in the DP context with a view to the development of self-care capabilities and renal users dependent care.

Key-words: Self-care; dependent care; continuous ambulatory peritoneal dialysis; nursing theories; nursing.

RESUMEN

FREIRE, Lucyana B. de Vasconcelos. Autocuidado y cuidado de dependiente en Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua: un estudio de la Teoría de Orem. 2015. 184p. Dissertación (Maestría) - Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2015.

INTRODUCCIÓN: Los avances ocurridos en Nefrología, de manera específica en el ámbito de las terapias renales sustitutivas, han traído grandes cambios en la estrategia utilizada, hasta ahora, en la asistencia a los usuarios con enfermedad crónica. Así, la diálisis peritoneal (DP) se presenta como una modalidad alternativa de tratamiento esencialmente domiciliar y evidencia otras demandas de atención, como la orientación sistematizada, el autocuidado y la participación de otros actores en la unidad de cuidado, por ejemplo el cuidador, con vistas a desarrollar competencias de cuidado del dependiente y la mejoría en la asistencia de enfermería para este sistema usuario y cuidador. La Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, ha sido aplicada en diversos contextos en Brasil y el mundo. Esta disertación discute el autocuidado y el cuidado del dependiente de la teoría de Orem en usuarios con enfermedad renal sometido a diálisis peritoneal domiciliar. **OBJETIVOS:** Analisar el autocuidado y el cuidado de dependiente en usuarios sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC). **MÉTODO:** Es un estudio descriptivo y exploratorio de corte transversal de abordaje cualitativo. Fue realizado en un hospital de enseñanza de Brasilia- DF. Han participado los usuarios del programa de DPAC y sus respectivos cuidadores. Los criterios de inclusión adoptados fueron: diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) dialítica, con al menos noventa días de ingreso en el programa DP, los dos sexos, independiente del grupo de edad. Fueron eliminados los usuarios con lesión renal aguda, en régimen de internación y en condiciones clínicas que imposibilitaban la participación. Como criterios de inclusión para los cuidadores, fueron considerados: ejercer el papel de cuidador por más de tres meses en relación a DP y que hubiera recibido entrenamiento en DP por el Centro de Diálisis. Los datos fueron recolectados por medio de una cita y análisis documental (historia clínica). El estudio ha sido dividido en Estudio I y Estudio II. En el primero, fue estructurado un instrumento adaptado de recolección de datos y se utilizaron tres instrumentos: Índice de Katz, Escala de Lawton y Escala de ZBI. En el Estudio II se aplicó un instrumento elaborado en el Estudio I en usuarios de DPAC y en sus cuidadores. **RESULTADOS:** Los usuarios eran 64,7% mujeres, 35,3% varones, con predominio de edad entre 30 a 45 años y 14 a 29 años. 47% tenía la enseñanza básica incompleta. Se ha constatado que 70,6% de los usuarios tenían cuidador. Entre los cuidadores, 78,6% eran mujeres, 50% en el grupo de edad entre 30 a 40 años, 42,9% entre 41 a 50 años y 35,7% con grado superior. En relación a la familia, 42,9% eran hijos y 78,6% vivían con los usuarios. Fueron identificados y definidos los indicadores empíricos de autocuidado y del cuidado de dependiente en usuarios de DPAC. Los factores que interfieren en los requisitos universales fueron identificados en la demanda de autocuidado universal relacionado a la alimentación, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social y promoción de la salud. La aplicación del Índice de Katz (grado de funcionalidad) y la Escala de Lawton (grado de dependencia) han permitido identificar el déficit de autocuidado para la demanda de actividad y descanso y de soledad e interacción social. En relación al desvío de

desarrollo, 23,5% de los participantes tenían este requisito cambiado en función del grupo de edad y del diagnóstico de ERC. El déficit de cuidado del dependiente relacionado a la capacidad psicoemocional fue identificado en 57,1% de los cuidadores, con manifestación de tristeza. La sobrecarga del cuidador fue clasificada de moderada a severa en 28,6% de los cuidadores, según la escala de ZBI. Solamente 14,3% de los cuidadores relataron no comprender el funcionamiento de la diálisis peritoneal. De acuerdo con la capacidad física, 78,6% relataron cansancio, indisposición y falta de energía después de la función de cuidador. La identificación de los déficits de autocuidado y del cuidado del dependiente posibilitaron elaborar los diagnósticos, los sistemas y las intervenciones de enfermería y esquematizar un modelo descriptivo de unidad de cuidado del dependiente al usuario de DPAC. **CONCLUSIÓN:** La teoría de Orem en usuarios de DPAC y en sus cuidadores se presenta como un camino para sistematizar la consulta de enfermería y para evaluación y orientación de las necesidades reales de cuidados de enfermería en el contexto de la Diálisis Peritoneal, a fines de desarrollar las capacidades de autocuidado y de cuidado de dependiente de los usuarios renales.

PALABRAS CLAVE: Autocuidado, Cuidado de Dependiente, Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua, Teorías de Enfermería, Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama da Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem adaptado de Orem.	45
Figura 2- Sistema do Cuidado de Dependente adaptado de Taylor e Renpenning	53
Figura 3- Esquema do percurso metodológico da pesquisa.	76
Figura 4- Fluxograma de atendimento ao usuário de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua do Hospital Universitário de Brasília.	78
Figura 5- Etapas do Estudo 1.....	81
Figura 6- Estudo II – Fase 2.	96
Figura 7- Estudo II - Fase 3.....	126
Figura 8- Modelo descritivo de Unidade de Cuidado de Dependente para o usuário de DPAC adaptado de Taylor e Renpenning.	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz (original)	69
Quadro 2 - Index of Independence in Activities of Daily Living de Sidney Katz, modificado por Rubenstein.....	69
Quadro 3 - Pontuação da Escala de Lawton conforme o grau de dependência.....	70
Quadro 4 - Pontuação da Escala de ZBI conforme o nível de sobrecarga	71
Quadro 5 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado nos requisitos universais e os respectivos conceitos.....	97
Quadro 6 - Distribuição dos indicadores conforme os déficits e fatores de autocuidado universal identificados nos usuários de DPAC.....	98
Quadro 7- Distribuição dos usuários de DPAC conforme os indicadores de DFAC Emagrecimento/perda de peso e Obesidade/Ganho de peso e o grupo etário.....	102
Quadro 8 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado de desenvolvimento e os respectivos conceitos	111
Quadro 9 - Distribuição dos indicadores dos DFAC de desenvolvimento e fatores identificados nos usuários de DPAC	112
Quadro 10 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado de desvios de saúde e os respectivos conceitos.....	117
Quadro 11 - Distribuição dos indicadores dos déficits e fatores que interferem nos desvios de saúde identificados nos usuários de DPAC.....	117
Quadro 12- Distribuição dos indicadores dos déficits de cuidado de dependente e os respectivos conceitos.....	120
Quadro 13- Distribuição dos indicadores de déficit de cuidado de dependente e os fatores relacionados identificados.....	121
Quadro 14 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os déficits de autocuidado e déficits de cuidado de dependente identificados.....	126
Quadro 15 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, meta, objetivos, sistema de enfermagem, métodos de ajuda e intervenções de enfermagem para os usuários de DPAC formulados baseados no Modelo de Orem.....	129

Quadro 16 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, meta, objetivos, sistema de enfermagem, métodos de ajuda e intervenções de enfermagem dos cuidadores formulados baseados no Modelo de Orem.....	137
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estadiamento da Doença Renal Crônica.	32
Tabela 2 - Distribuição dos usuários de DPAC segundo as características sociodemográficas	91
Tabela 3 - Distribuição dos usuários de DPAC segundo as características clínicas.	93
Tabela 4 - Distribuição dos Cuidadores segundo as características sociodemográficas e econômicas.	95
Tabela 5- Distribuição das comorbidades relacionadas à DRC relatadas pelos entrevistados.	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC	Agência de Autocuidado
AC	Autocuidado
ACD	Agência de cuidado de dependente
ADL	<i>Activity Daily Living</i>
AE	Agência de Enfermagem
AIVD	Atividade Instrumental da vida diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de Vida Diária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CD	Cuidado de Dependente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAC	Demanda de Autocuidado
DCD	Demanda de Cuidado de Dependente
DF	Distrito Federal
DFAC	Déficit de Autocuidado
DFCD	Déficit de Cuidado de Dependente
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPAC	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DRC	Doença Renal Crônica
DTAC	Demanda Terapêutica de Autocuidado
FCB	Fatores Condicionantes Básicos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HD	Hemodiálise
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Trato Urinário
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcome Quality Initiatives</i>
MS	Ministério da Saúde
NDCG	<i>Nursing Development Conference Group</i>
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
NKF	<i>National Kidney Foundation</i>
PET	Teste de Equilíbrio Peritoneal
RDC	Resolução de Direção Colegiada
SAC	Sistema de Autocuidado
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDACE	Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UnB	Universidade de Brasília
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
1 INTRODUÇÃO.....	24
2 OBJETIVOS.....	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E DIÁLISE PERITONEAL.....	31
3.1.1 Cuidador.....	37
3.2 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E AS TEORIAS DE ENFERMAGEM.....	40
3.3 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM.....	42
3.3.1 Teoria do Autocuidado.....	45
3.3.2 A Teoria do Déficit de Autocuidado.....	48
3.3.3 Teoria de sistemas.....	49
3.3.4 Teoria do Cuidado de Dependente.....	51
3.4 A TEORIA DE OREM E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	54
3.4.1 Indicadores Empíricos.....	56
3.5 ÍNDICE DE KATZ, ESCALA DE LAWTON E ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW.....	68
3.5.1 Avaliação do Grau de Dependência e de Funcionalidade – Índice de Katz e Escala de Lawton.....	68
3.5.2 Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores – Escala de Zarit Burden Interview (ZBI).....	70
3.6 A UTILIZAÇÃO DA TEORIA DE OREM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR.....	72
4 METODOLOGIA.....	76
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	76
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	77
4.3 PARTICIPANTES.....	79
4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	80
4.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	81
4.6 REVISÃO DE LITERATURA - indicadores empíricos dos requisitos universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde e os indicadores empíricos de cuidado de dependente.....	82

4.7	INDICADORES EMPÍRICOS – de requisitos universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde e de cuidado de dependente.....	84
4.7.1	Indicadores Empíricos dos Requisitos Universais	84
4.7.2	Indicadores Empíricos nos Requisitos de Desenvolvimento.....	86
4.7.3	Indicadores Empíricos nos Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde.	86
4.7.4	Indicadores Empíricos nos Requisitos de Cuidado De Dependente	86
4.8	ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	86
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	87
4.10	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	88
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	90
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA.....	90
5.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA.....	91
5.3	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS CUIDADORES DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA.....	93
5.4	DÉFICITS E FATORES QUE INTERFEREM NO AUTOUIDADO E NO CUIDADO DE DEPENDENTE.....	96
5.4.1	Déficits e fatores que interferem nos requisitos universais.....	97
5.4.2	Déficit e Fatores que interferem nos Requisitos de Desenvolvimento.....	111
5.4.3	Déficits e Fatores que interferem nos Desvios de Saúde.....	116
5.4.4	Déficits e Fatores que interferem no Cuidado de Dependente.....	120
5.5	SISTEMAS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES PARA OS DÉFICITS DE AUTOUIDADO E CUIDADO DE DEPENDENTE.....	126
5.6	MODELO DESCRITIVO DE UNIDADE DE CUIDADO DE DEPENDENTE PARA O USUÁRIO DE DPAC.....	140
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	REFERÊNCIAS	146
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	162
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	171
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – para pais ou responsáveis de usuários menores de 18 anos	173
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – para pais ou responsáveis de usuários com incapacidade mental	175
	ANEXOS.....	Erro! Indicador não definido.

ANEXO B- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL – ESCALA DE LAWTON	179
ANEXO C- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES- ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI).....	180
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÉ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (CEP-UnB).....	181

APRESENTAÇÃO

*Que condição existe na pessoa quando essa pessoa
ou outros determinam que ela deva estar sob cuidados de
enfermagem?
- A enfermeira é o "outro eu".
Dorothea E. Orem*

O estudo proposto nesta dissertação tem como ponto de partida o dia-a-dia de trabalho vivenciado pela pesquisadora como enfermeira assistencial no cuidado a usuários renais crônicos inseridos no programa de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e o interesse desta em oferecer cuidado sustentado por teoria de enfermagem a esses usuários.

As inquietações surgiram a partir do olhar questionador frente às consultas rotineiras de enfermagem direcionadas, na maioria das vezes, apenas para pontos focais e ainda fincadas no modelo biomédico. Esse cuidado assistemático despertou indagações de como a assistência de enfermagem poderia ser melhorada a esses usuários e quais cuidados poderiam ser dispensados para ser direcionado cuidado próprio da enfermagem, embasados cientificamente e com ações voltadas para a competência específica da enfermagem.

A atuação da pesquisadora no Centro de Diálise ao longo dos anos permitiu conviver com diferentes tipos de indivíduos com doença renal crônica tanto em terapia hemodialítica quanto aqueles submetidos à diálise peritoneal (DP). A percepção da diferença de necessidades nesses dois tipos de clientela também contribuiu para as reflexões propostas nesta dissertação. A observação da pesquisadora frente ao usuário de DP permitiu realizar questionamentos acerca da maneira que poderia ser ofertado cuidado de melhor qualidade e quais seriam as necessidades reais dos usuários renais crônicos que dialisam em casa.

Como proposta da disciplina Cuidado de Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano, cursada no programa do Mestrado, houve a oportunidade de aprofundar a compreensão e discussão sobre a Teoria de Orem, especificamente, a quarta Teoria que trata do Cuidado de dependente, que resultou na construção de um artigo científico de reflexão sobre essa temática.

Aliado a isso, o trabalho desenvolvido pela pesquisadora como preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Nefrologia também estimulou a investigação desse tema a fim de ensinar e estimular novos profissionais a desenvolverem os cuidados assistenciais aos indivíduos com doença renal com base em teoria de enfermagem, especificamente na Teoria de Orem.

Nesse contexto, a motivação surgiu do interesse em aliar teoria e prática na assistência de enfermagem ao usuário com doença renal crônica que se submete a DPAC utilizando a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE) ao considerar o potencial dessa teoria em subsidiar ações de enfermagem e fundamentar o planejamento do autocuidado e do cuidado de dependente ao usuário e a seu cuidador. Ademais, indagações surgiram acerca de quais seriam as necessidades reais desses indivíduos e quais seriam as demandas de cuidados dessa unidade usuário-cuidador. Da mesma forma, questionou-se também sobre quais seriam as intervenções específicas de enfermagem válidas para esse sistema e se a aplicação da Teoria de Orem seria caminho produtor para a oferta de cuidado para esse modelo assistencial usuário DPAC-cuidador.

Para a compreensão dessa problemática, buscou-se a utilização de abordagem de natureza qualitativa, estudo do tipo exploratório e descritivo. Inicialmente foi realizado o Estudo 1, o qual englobou uma revisão sistemática em cinco bases de dados para a compilação de estudos acerca da temática a fim de realizar a identificação de indicadores empíricos e construir o instrumento de coleta de dados. Na sequência, foi realizado o Estudo 2, que buscou identificar os déficits de autocuidado e de cuidado de dependente, os fatores que interferem no autocuidado e no cuidado de dependente e descrever os sistemas de enfermagem, métodos de ajuda e intervenções de enfermagem. Por fim, propôs-se a descrição do Modelo de unidade de Cuidado de Dependente para o usuário de DPAC com base nos dados obtidos, em conformidade com o modelo proposto por Orem (OREM, 2001).

Esta dissertação está organizada em seis capítulos. O capítulo inicial que corresponde à introdução apresenta a temática e a problemática do estudo. No segundo, são apresentados os objetivos, geral e específicos. O terceiro capítulo corresponde ao referencial teórico, que possibilitou as bases para a compreensão, reflexão e análise do objeto do estudo. No quarto capítulo, relativo ao método, apresenta-se o caminho percorrido para desvelar o objeto – o contexto; os participantes; os procedimentos e instrumentos utilizados para a coleta e a análise dos dados; e os aspectos éticos. No quinto, apresentam-se os resultados e discussão e o sexto capítulo, as considerações finais.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica internacional em virtude da sua alta prevalência demonstrada em investigações recentes, sendo considerada na atualidade grave problema de saúde pública com elevado índice de morbidade e mortalidade (BASTOS, 2014; BASTOS e KIRSZTAJN, 2011).

A despeito da alta prevalência da DRC e das repercussões socioeconômicas do seu tratamento, estratégias que apontam para o aumento da sobrevida, da melhoria da qualidade de vida e que promovam a reinserção social dos usuários vêm sendo incentivadas, visando ao aumento da relação custo-benefício do tratamento. Nesse contexto, o estímulo quanto à utilização da diálise peritoneal (DP) como modalidade inicial de terapia renal substitutiva (TRS) tem sido utilizada por possibilitar benefícios à qualidade de vida, vantagens farmacoeconômicas e menor impacto no estilo de vida das pessoas, como destacadas por Zhang et al (2014), Abensur (2014) e Pecoits-Filho e Moraes (2014).

Os avanços ocorridos na área de Nefrologia especificamente no âmbito das TRS trouxeram grandes alterações na estratégia até então utilizada na assistência aos usuários com doença crônica. É nesse contexto que a DP se apresenta como modalidade alternativa de tratamento essencialmente domiciliar. A popularidade e adesão deste método têm aumentado no cenário internacional e no Brasil nos últimos trinta anos especialmente por oferecer tratamento com custo relativamente baixo, por ser de simples execução e conveniência e por manter o usuário no seu contexto social (BLAKE e DAUGIRDAS, 2013).

Atualmente, cerca de 120.000 indivíduos utilizam esse método em todo o mundo (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; GUEST, 2010). Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2013) estimam que o número de usuários em DP seja maior que sete mil no Brasil (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014). Estudos demonstram que quando são ofertadas informações corretas e completas acerca das opções dialíticas, 40% dos indivíduos elegem a DP como terapia inicial (GUEST, 2010).

As técnicas atuais de DP compreendem a infusão do líquido de diálise e, após períodos variados, drenagem da solução pelo cateter intraperitoneal (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014). A DP crônica pode ser realizada de duas formas: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e a diálise peritoneal automática (DPA). A DPAC é um tratamento dialítico realizado em regime domiciliar, no qual a infusão e a drenagem são realizadas manualmente pelo próprio usuário ou cuidador, em horários específicos ao longo do dia. A DPA é também realizada em domicílio e as trocas são feitas utilizando-se uma cicladora automática em um

número variável de ciclos que incluem infusão, drenagem e permanência que são efetuados à noite (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014; FIGUEIREDO, 2006; AJZEN e SCHOR, 2002).

A seleção do usuário para se inserir em programa de DP é avaliada pela equipe multidisciplinar, levando em consideração algumas características como ausência de contraindicações ao tratamento; bom nível de autocuidado; capacidade de compreensão de conceitos; disciplina; motivação; destreza manual; apoio familiar; condições domiciliares mínimas; facilidade de comunicação e locomoção para a unidade de tratamento (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014; FIGUEIREDO, 2006; BEVILACQUA e GUERRA, 2000)

Cabe ressaltar que muitos usuários encaminhados para a seleção chegam, muitas vezes, com grandes demandas emocionais e físicas. A maioria desconhece a diálise peritoneal e relata dúvidas quanto à doença, ao tratamento e as consequências deste, em relação ao manejo e quanto ao autocuidado. Com isso, tanto o usuário quanto a família apresentam déficit de conhecimento, medo e incerteza quanto ao futuro. Uma assistência de enfermagem efetiva e estruturada é fundamental para que esses problemas sejam minimizados ou enfrentados com eficiência (SALVADORE, 2007).

Nesse contexto, constata-se que os avanços da DP, ao longo do tempo, foram grandes e demonstram que esse método está em crescente evolução e colocam em evidência outras demandas como a orientação sistematizada, o autocuidado, a participação de outros atores na unidade de cuidado - a figura do cuidador que auxilia nas atividades do autocuidado. Assim, é importante buscar meios para o desenvolvimento de competências para o usuário cuidar de si (autocuidado) e outras pessoas cuidarem dele (cuidado de dependente), para que a DP se torne eficaz e segura e não somente um método mais acessível e econômico. Faz-se necessário também a compreensão do que é o autocuidado e como promover uma orientação sistematizada para o autocuidado e o cuidado de dependente.

Orem (2001, p. 254) afirma que o autocuidado “é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Essas atividades relacionam-se ao engajamento e à participação do indivíduo na ação de cuidar de si, sendo provedores e responsáveis pela execução de plano de cuidados voltados para si mesmo. Constitui processo aprendido e prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma ou por outros que realizam para eles em situação de dependência, na busca da manutenção e promoção da saúde e qualidade de vida (SIMMONS, 2009; FELIX, NÓBREGA e SOARES, 2009).

É inegável o avanço da enfermagem no que diz respeito à prestação de cuidados fundamentados em princípios teóricos científicos, porém apesar de sua importância, ainda há

muito que se caminhar em relação à aplicabilidade das teorias de enfermagem na prática cotidiana. Observa-se, ainda, certa dificuldade por parte do enfermeiro em apoiar seu fazer nas teorias, seja no âmbito da assistência, ensino ou pesquisa (RAIMONDO, FEGADOLI, *et al.*, 2012)

Uma das teorias mais utilizadas no contexto da enfermagem brasileira é a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE), de Dorothea Orem. Esse modelo teórico proposto na década de 50 e 60 baseia-se na premissa de que todas as pessoas possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar delas mesmas e, também, dos que estão sob sua responsabilidade (OREM, 2001; VITOR, LOPES e ARAUJO, 2010)

Na base da teoria do autocuidado de Orem, o usuário, a família (cuidador) e o profissional identificam os problemas e definem as ações a serem estabelecidas, bem como a forma de intervenção. A participação do usuário, cuidador e família na tomada de decisão constitui fator importante para o desenvolvimento da terapêutica, possibilita e incentiva a independência e autonomia do usuário e seu engajamento na assistência (MCEWEN e WILLS, 2011).

O autocuidado na DP pode ser estimulado por meio de orientações aos usuários e cuidadores. Para tanto, é necessário conhecer as necessidades e os déficits de autocuidado com base nas teorias e da demanda dos usuários e cuidadores em DP contínua com o propósito de subsidiar o enfermeiro na sistematização das ações de enfermagem e na promoção de ações educativas visando o desenvolvimento de competências e habilidades para o autocuidado e o cuidado de dependente.

Dessa forma, o presente estudo levanta alguns questionamentos na busca de elucidações: Quais os déficits de autocuidado de usuários em DP? Quais os fatores que influenciam no engajamento do autocuidado e no cuidado dependente no contexto dos usuários em DP? Qual o sistema do cuidado de dependente para atender as exigências do autocuidado na DP?

O modelo teórico de Orem tem sido aplicado em vários contextos da enfermagem na busca do engajamento do usuário no autocuidado. As concepções construídas pela teorista são utilizadas em trabalhos relacionados ao ensino, ao planejamento em saúde, à pesquisa e a relatos de experiência servindo como guia para as mais diversas intervenções de enfermagem.

Roso et al (2013) identificaram em estudo de revisão 16 produções científicas acerca do autocuidado em pacientes renais crônicos em tratamento conservador. O trabalho evidenciou o ensino do autocuidado como ferramenta para educação em saúde, para a

prevenção, para o manejo das complicações e retardo no progresso da doença (ROSO, BEUTER, *et al.*, 2013)

A literatura relata outros estudos que abordam a sistematização da assistência de enfermagem e o autocuidado no contexto da hemodiálise (SAMPAIO e GUEDES, 2012; SOUSA, SILVA, *et al.*, 2012; ROCHA, 2010; VISAYA, 2010; SANTOS, ROCHA e BERARDINELLI, 2011; SIMMONS, 2009; LATA, ALBUQUERQUE, *et al.*, 2008), mas poucos estudos discutem a aplicabilidade da teoria de Orem, especificamente na diálise peritoneal (CALDERAN, TORRES, *et al.*, 2013; BRANCO, 2009; FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005; OLIVEIRA, 1995). Esse panorama coloca em evidência a importância da realização de estudos abordando a problemática do autocuidado e do cuidado de dependente em usuários em DP.

Nesse cenário, o presente estudo se propõe analisar a Teoria de Orem no contexto assistencial do usuário em DP com vistas a aprofundar a compreensão do sistema do cuidado de dependente, dos requisitos de autocuidado, dos déficits de autocuidado e dos fatores que influenciam no engajamento do autocuidado e no cuidado dependente na circunstância dos usuários em DP.

Pretende-se ainda contribuir para a discussão da utilização da teoria do autocuidado de Orem na sistematização da assistência de enfermagem em pessoas com DRC em DP e aprofundar o conhecimento sobre as demandas de autocuidado desses usuários e dos cuidadores destes e construir esquema descritivo de Unidade de Cuidado de Dependente para o usuário em DPAC baseados no modelo de Orem.

Sistematizar o atendimento oferecido por meio de julgamentos clínicos estruturados no processo de enfermagem atribui à assistência caráter científico para a construção de cuidado integral e para a organização do processo de trabalho, além de se aproximar dos valores contemporâneos da profissão e das necessidades reais das pessoas a serem cuidadas no contexto da diálise peritoneal.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o autocuidado e o cuidado de dependente de usuário em diálise peritoneal ambulatorial contínua em um hospital de ensino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar indicadores empíricos dos requisitos universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde e os indicadores empíricos de cuidado de dependente, a partir de revisão sistemática da literatura;
 - Caracterizar o perfil sócio-demográfico e clínico dos usuários em diálise peritoneal ambulatorial contínua de um hospital de ensino e de seus cuidadores;
 - Identificar os déficits de autocuidado e de cuidado de dependente dos usuários em diálise peritoneal ambulatorial contínua;
 - Verificar os fatores que influenciam no engajamento do autocuidado e no cuidado de dependente;
 - Descrever os sistemas de enfermagem e as intervenções segundo os déficits de autocuidado e de cuidado de dependente;
 - Esquematizar um modelo descritivo de Unidade do Cuidado de Dependente para o usuário em diálise peritoneal ambulatorial contínua.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DOENÇA RENAL CRÔNICA E DIÁLISE PERITONEAL

A Doença Renal Crônica (DRC) representa um grave problema de saúde pública na atualidade e, juntamente com outras doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, é responsável por 60% das causas de morte em todo o mundo (MS, 2014).

Estudo realizado em 2001 estimou que em 2010 haveria cerca de dois milhões de indivíduos em terapias renais substitutivas (TRS) em todo o mundo com o aumento expressivo nos países em desenvolvimento (XUE, MA, *et al.*, 2001; MS, 2014). Uma análise conduzida pelo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) evidenciou que cerca de 13% da população adulta nos Estados Unidos apresenta algum grau de perda de função renal (MS, 2014; BASTOS, 2014; SNYDER, FOLEY e COLLINS, 2006) e avalia-se atualmente que a prevalência de usuários em TRS seja superior a 1000 pacientes por milhão de habitantes (GAMARRA, 2013)

No Brasil, estudos epidemiológicos sobre a DRC em fase não terminal ou terminal no período anterior à diálise ainda são incipientes (BASTOS, 2014). Entretanto, estudos realizados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) apresentam dados epidemiológicos atuais acerca de usuários em terapias renais substitutivas. Segundo o censo realizado por essa sociedade no ano de 2013, existem por volta de 100.397 indivíduos em estágio terminal da doença em terapia dialítica, sendo 34.161 casos novos e 17.944 óbitos ocorridos pela doença no Brasil nesse período (SBN, 2013).

O custo social e financeiro das terapias renais substitutivas é muito alto. De acordo com o levantamento da SBN (2013), há um aumento crescente de unidades de diálise no Brasil sendo o Sistema Único de Saúde a principal fonte pagadora dos custos do tratamento. Gamarra (2013) discute essa questão e ressalta que a doença renal e o tratamento dialítico podem contribuir com 64% do custo total dos gastos dispensados para o tratamento de doenças e avalia-se que são direcionados por ano cerca de 1,4 bilhão para o tratamento de usuários em diálise crônica e com transplante renal (SESSO, LOPES, *et al.*, 2008; SESSO, 2006).

A DRC é a perda gradual e irreversível da função renal. Trata-se de uma afecção de curso prolongado, insidioso e que, na maior parte do tempo de sua evolução, é assintomática (MS, 2014; RIELLA, 2014; FERMI, 2011). Segundo o grupo de trabalho *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), patrocinado pela *National Kidney Foundation* (NKF), o portador de DRC é o indivíduo que apresenta, em pelo menos três meses consecutivos, um

valor da taxa de filtração glomerular (TFG) menor que 60ml/min/1,73m² ou TFG maior ou igual a 60ml/min/1,73m² associada a pelo menos um marcador de dano renal parenquimatoso (albuminúria e alterações histopatológicas vistas em biópsias renais, por exemplo) ou alteração de exame de imagem (Raios-X simples de abdome, ultrassonografia ou tomografia) (BASTOS e KIRSZTAJN, 2011; MS, 2014; RIELLA, 2014; KDOQI, 2006)

Para efeitos conceituais, epidemiológicos, didáticos e clínicos, estudiosos classificam a doença renal crônica em cinco estágios, o que se define como estadiamento da doença (Tabela 1). Essa segmentação depende do grau da função renal do cliente estabelecido pela mensuração da TFG, que é amplamente aceita como a melhor medida da função renal. (BASTOS e KIRSZTAJN, 2011; MS, 2014; KDOQI, 2006). Na prática clínica, a TFG é estimada através de fórmulas baseadas na creatinina sérica (MS, 2014).

Tabela 1- Estadiamento da Doença Renal Crônica.

ESTÁGIOS DA DRC	TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR
1	≥ 90
2	60-89
3A	45-59
3B	30-44
4	15-29
5	<15

Fonte: KDOQI, 2006 atualizado pelo *National Collaborating for Chronic Condition* (Bastos e Kirsztajn, 2011; MS, 2014)

O Ministério da Saúde (2014) identifica como grupo de risco para o desenvolvimento da DRC os diabéticos, hipertensos, idosos, indivíduos obesos, indivíduos com doenças cardiovasculares, com história familiar de DRC, fumantes e os usuários de agentes nefrotóxicos. Riella (2014), Barros et al (2006) e Gamarra (2013) destacam em seus estudos que as etiologias mais prevalentes da DRC são a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Estes trabalhos corroboram com os inquéritos realizados pela SBN (2013) que destacam essas enfermidades como as mais prevalentes para o desencadeamento da patologia renal seguidas das glomerulopatias e da doença renal policística, dentre outras.

As variações do tratamento da DRC vão depender do estágio da doença no qual o indivíduo se encontra. Quando a queda da filtração glomerular atinge valores muito baixos, geralmente inferiores a 15ml/min/1,73m², a pessoa atinge o estadiamento 5. Caso ainda não necessite de terapia de substituição renal, é dito como conservador ou em pré-terapia renal substitutiva. Nessa fase, o indivíduo requer terapêutica farmacológica e não farmacológica, como controle dietético, por exemplo, para retardar a progressão da doença e mantê-lo o maior tempo possível sem a necessidade de TRS. Além disso, nesta fase, procura-se manter o

indivíduo em uma boa condição geral para iniciar algum dos tratamentos disponíveis em circunstâncias clínicas adequadas (KIRSZTAJN, ROMÃO JR, *et al.*, 2011).

Quando o início de alguma terapia de substituição renal é mandatório, o ideal é que as três opções de tratamento (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal), seus riscos e benefícios sejam apresentados ao indivíduo e à família (BARRETTI, 2004). A escolha deve ser individualizada e contemplar as características clínicas, psíquicas e socioeconômicas do usuário (AJZEN e SCHOR, 2002).

De acordo com os dados da SBN (2013), 90,8% dos indivíduos em tratamento dialítico realizam hemodiálise (HD) e 9,2% estão sendo submetidos à diálise peritoneal (DP). Abensur (2014) e Desmet et al (2013) explicam esse panorama elencando algumas razões para a baixa utilização da DP mesmo com os resultados clínicos recentes evidenciando a melhora da sobrevida do indivíduo nesta modalidade comparada à hemodiálise. Margem de lucro pequena recebida pelas clínicas de diálise em relação à obtida na HD, acesso fácil para HD, falta de treinamento dos nefrologistas para a condução do programa de diálise peritoneal, formação inadequada de médicos nefrologistas que ao saírem da residência não possuem confiança suficiente para alocarem pacientes em programa de DP e necessidade de equipe de enfermagem treinada são alguns dos motivos listados pelos autores (DESMET, FERNANDES, *et al.*, 2013; ABENSUR, 2014)

A despeito da alta prevalência da DRC e das repercussões socioeconômicas do seu tratamento, estratégias que apontem para o aumento da sobrevida, que melhorem a qualidade de vida e que promovam a reinserção social dos usuários devem ser incentivadas visando ao aumento da relação custo benefício do tratamento. Nesse contexto, o estímulo quanto à utilização da diálise peritoneal como modalidade inicial de terapia renal substitutiva justifica-se pelas vantagens apontadas por Zhang et al (2014), Abensur (2014) e Pecoits-Filho e Moraes (2014), como a preservação da função renal residual, resguardo de vasos para futuro acesso vascular, melhores resultados nos primeiros anos de tratamento, benefícios em relação à qualidade de vida, vantagens farmacoeconômicas e menor impacto no estilo de vida dos indivíduos. (ZHANG, SHOU, *et al.*, 2014; ABENSUR, 2014; PECOITS-FILHO e MORAES, 2014)

A DP consiste numa terapia de reposição renal baseada na infusão e drenagem de uma solução de diálise na cavidade peritoneal, através de um cateter intra-abdominal (NETO e ABENSUR, 2013; CAIROLI, 2012; GÓES-JÚNIOR, ANDREOLI, *et al.*, 2006). A membrana peritoneal funciona como um equivalente “natural” do capilar da hemodiálise removendo água e solutos acumulados no sangue (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014).

Atualmente cerca de 120.000 indivíduos utilizam esse método em todo o mundo sendo que nos últimos trinta anos sua popularidade cresceu principalmente devido sua simplicidade, conveniência e baixo custo (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; GUEST, 2010). Dados da SBN (2013) estimam que o número de usuários em DP já seja maior que sete mil no Brasil (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014).

A primeira diálise peritoneal em indivíduos urêmicos foi realizada no ano de 1923, por Georg Gaunter, na Universidade de Wurzburg, na Alemanha. Nessa época, havia a comprovação da eficácia do método, porém os recursos para a sua aplicação ainda eram rudimentares, principalmente o procedimento que envolvia o acesso ao abdome do usuário que, por ora, consistia em um material metálico rígido e posicionado a cada sessão de diálise (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014; NETO e ABENSUR, 2013).

Ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos cateteres, soluções de diálise mais biocompatíveis e dispositivos cada vez mais práticos e seguros para o desenvolvimento da técnica com vistas à melhora do desempenho da diálise e a redução de infecções peritoneais. Henry Tenckhoff, em 1968, desenvolveu o cateter nomeado por ele que consistia num dispositivo flexível que permitia a permanência do mesmo na cavidade. Essa descoberta contribuiu para melhor aceitação do método pelos usuários e favoreceu o início da DP como alternativa de tratamento para doentes renais crônicos e não apenas para intervenções em casos agudos (GUPTA e SINGHAL, 2010; GUEST, 2010).

Robert Popovich e Jack Moncrief, em 1978, foram os primeiros a descrever a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC). No tratamento a um usuário com contraindicações para hemodiálise, os profissionais cientistas desenvolveram cálculos para o tempo de permanência da solução dialítica na cavidade peritoneal e constataram que seria possível a remoção de fluidos e a depuração do sangue de forma contínua (GUPTA e SINGHAL, 2010; GUEST, 2010; POPOVICH, MONCRIEF e NOLPH, 1978).

Dimitrios Oreopoulos, em Toronto, e o italiano Umberto Buoncristiani, nas décadas de 80 e 90, tiveram contribuições valiosas no desenvolvimento de dispositivos tubulares e soluções de diálise que permitiram maior conforto e liberdade relativa aos usuários. Além disso, a redução das manipulações, conexões e desconexões do sistema favoreceram a redução significativa dos episódios de infecções abdominais (GUPTA e SINGHAL, 2010; GUEST, 2010)

Desde então, o tratamento foi sendo melhorado e máquinas cicladoras foram desenvolvidas para a realização das etapas da diálise de forma automatizada sendo atualmente o método mais comumente utilizado para a diálise peritoneal domiciliar (SBN, 2013). Essa

tecnologia em saúde favoreceu a redução dos custos do tratamento e a diminuição ainda mais significativa das infecções relacionadas ao procedimento, além de permitir ao usuário a realização da diálise no período noturno.

As técnicas atuais de DP compreendem a infusão do líquido de diálise e, após períodos variados, drenagem da solução pelo cateter intraperitoneal. (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014). A DP crônica pode ser realizada de duas formas: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), na qual a infusão e a drenagem são realizadas manualmente pelo paciente em horários específicos ao longo do dia, ou diálise peritoneal automática (DPA), em que as trocas são feitas utilizando-se uma cicladora automática. Na DPAC, habitualmente são realizadas de três a quatro trocas de solução durante o dia, permanecendo cada troca cerca de 4-8h na cavidade peritoneal. Já na DPA, um número variável de ciclos que incluem infusão, drenagem e permanência são realizados durante à noite (PECOITS-FILHO e MORAES, 2014; FIGUEIREDO, 2006; AJZEN e SCHOR, 2002).

Para o sucesso e qualidade do Programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), o serviço deve ser composto por equipe multidisciplinar contendo médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e psicólogo. A admissão do usuário no programa de DPAC compreende quatro fases: seleção, preparo, treinamento e manutenção (MS, 2014).

Na fase de seleção, a equipe deve considerar algumas características destacadas por Pecoits-Filho e Moraes (2014), Figueiredo (2006) e Bevilacqua e Guerra (2000) como ausência de contraindicações ao tratamento, motivação, família participante, facilidade de comunicação e locomoção para a unidade de tratamento e condições domiciliares mínimas.

Daugirdas, Blake e Ing (2013), Neto e Abensur (2013), Góes-Junior et al (2006), Barretti (2004) e Bevilacqua e Guerra (2000) apontam como contraindicações absolutas ao uso da diálise peritoneal a perda comprovada da função peritoneal com falência da ultrafiltração, cirurgias recentes com utilização de drenos abdominais, peritonite fecal ou fúngica, fístula pleuroperitoneal, condições cirúrgicas não corrigíveis como hérnias e estomias e incapacidade física ou mental em realizar a diálise na ausência de um cuidador. Os autores citam como contraindicações relativas as próteses vasculares abdominais com menos de quatro meses, íleo adinâmico, múltiplas aderências peritoneais, doença intestinal inflamatória severa, transtornos psiquiátricos e obesidade mórbida (GÓES-JÚNIOR, ANDREOLI, *et al.*, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; NETO e ABENSUR, 2013; BARRETTI, 2004; BEVILACQUA e GUERRA, 2000).

Em alguns casos, o usuário encaminhado ao serviço, não tem opção devido falta de viabilidade técnica para a hemodiálise. Desse modo, o enfermeiro e a equipe viabilizarão a melhor maneira de alcançar o sucesso da terapia para o usuário (FIGUEIREDO, 2006)

Posteriormente à fase de seleção, inicia-se a fase de preparo com o implante do cateter de diálise peritoneal e os cuidados inerentes ao procedimento. Quando a diálise é mandatória, o cateter pode ser utilizado brevemente com infusão de baixos volumes com o usuário em posição supina (FIGUEIREDO, 2006). Do contrário, aguarda-se um período de adaptação de 10 a 15 dias (“*break in*”) no qual o cateter permanece sem uso e a cavidade peritoneal vazia. Essa prática favorece a cicatrização do túnel, a fixação adequada dos cuffs, a prevenção de extravazamentos, dores agudas e infecções precoces (BEVILACQUA e GUERRA, 2000; FIGUEIREDO, 2006; AJZEN e SCHOR, 2002).

A fase de treinamento vem a seguir e, conforme a Portaria n. 73 de 04 de outubro de 2001 do Ministério da Saúde, consiste em um período de aproximadamente 10 dias podendo ser prolongado conforme cada caso. Compreende em orientações fornecidas pelo enfermeiro em relação às técnicas de assepsia e uso correto de materiais e equipamentos utilizados na diálise peritoneal. O treinamento segue módulos teórico-práticos para o ensino ao usuário e cuidador quanto ao manejo da terapia dialítica que incluem, dentre outros itens, a explicação da doença renal e como a diálise peritoneal funciona; cuidados com o cateter, manejo da cicladora e componentes; técnica passo a passo da montagem do sistema; gerenciamento de líquidos e dieta; prevenção de complicações e condutas em situações diversas (FIGUEIREDO, 2006).

Durante o treinamento, também é conveniente que se realize a visita domiciliar. Trata-se de mais um cuidado que o enfermeiro realiza na tentativa de facilitar a adaptação de seu domicílio para obter local adequado à realização da terapia. Nesse momento, são coletadas e avaliadas informações específicas relacionadas às condições de habitação como higiene, estrutura física (paredes, piso, teto, pia, janelas, iluminação, saneamento,...), local destinado à estocagem do material, animais domésticos, dentre outros. A visita favorece também oportunidade para avaliação do apoio familiar, o cuidado prestado pela família ou outros cuidadores, a adesão à terapia e o estado fisiológico e emocional do indivíduo, além de facilitar o estreitamento de laços que virão a fortalecer a relação usuário - profissional de saúde (BEVILACQUA e GUERRA, 2000).

Finalizado o treinamento, inicia-se a fase de manutenção no qual o usuário é liberado para realizar a terapia em seu domicílio e comparece periodicamente ao serviço para exames e consultas com a equipe multidisciplinar do programa (BEVILACQUA e GUERRA, 2000)

Percebe-se que o cuidador tem contato com o enfermeiro desde o início da abordagem do usuário para possível integração na modalidade dialítica e se insere em todas as etapas do programa de DPAC. Assim, a educação para habilitá-lo como agente de cuidado ao usuário de DP também faz parte da competência assistencial do enfermeiro e inicia-se na fase de seleção e nunca termina (LOMBA, LAMEIRINHAS, *et al.*, 2014; CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013)

3.1.1 Cuidador

O crescente envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, decorrentes da transição demográfica observada nas últimas décadas, têm ocasionado grande demanda por cuidadores e tornado esse tema constante nos estudos atuais (GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012; UESUGUI, 2011; RIBEIRO, MARQUES, *et al.*, 2009; BRITO, 2009).

Segundo Gratao et al (2012, p. 305), cuidador é:

aquele que é responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, além de aplicar a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano, excluindo, para tal, técnicas ou procedimentos identificados como exclusivos de outras profissões legalmente estabelecidas.

Laham (2010), Seima e Lenardt (2011) e Cardoso et al (2012) esclarecem os conceitos utilizados na literatura para caracterizar o cuidador e referem o termo “informal” ou “familiar” àquele que já fazia parte do cotidiano do indivíduo dependente de cuidados, isto é, já possuíam uma história prévia como pai e filha, marido e esposa, irmãos, amigos, etc e a designação de cuidador “formal” para a pessoa contratada para cuidar de doentes. Os autores também esclarecem que o termo “cuidador principal” é utilizado para identificar aquele cuidador que fica a maior parte do tempo com o paciente e se responsabiliza pela maioria dos cuidados (LAHAM, 2010; SEIMA e LENARDT, 2011; CARDOSO, VIEIRA, *et al.*, 2012).

A responsabilidade pelo cuidado do outro e suas consequências na reabilitação do doente e na própria vida de quem cuida são objetos nas abordagens investigativas e traz à discussão as dimensões e complexidades do processo de cuidar do outro. Na literatura, encontra-se estudos que exploram essa temática a exemplo os realizados por Cardoso et al (2012), Seima e Lenardt (2011) e Fonseca e Penna (2008) que abordam as perspectivas do cuidado a dependentes em alguns contextos assistenciais e o impacto das responsabilidades dessa atividade na vida dos cuidadores.

Dessa forma, Brito (2009) aponta a relevância de se olhar para o cuidador e torná-lo também o objeto de atenção e cuidados. Além da capacitação para o desempenho das tarefas, a assistência ao cuidador para a redução das interferências negativas como o desgaste físico e mental são focos de atuação que devem ser considerados.

O aumento da prática da DPAC, cuja participação do cuidador é requerida, levou à discussão desse assunto no contexto do cuidado domiciliar. Em seus trabalhos, Ribeiro et al (2009) e Cesar et al (2013) levantam questões importantes que incluem a sobrecarga das pessoas que cuidam de usuários em DP domiciliar, as implicações dessas atividades na dinâmica familiar e o impacto socioeconômico das obrigações do cuidado a esses dependentes no cotidiano da família (RIBEIRO, MARQUES, *et al.*, 2009; CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013) Além disso, é relevante compreender os atributos ou variáveis a serem consideradas no cuidador de DPAC que o torne uma pessoa habilitada a assistir ao usuário de diálise domiciliar com cuidados adequados.

Cuidador, na diálise peritoneal, é definido como uma pessoa membro ou não da família, com ou sem remuneração que é responsável pelo cuidado ao usuário nas atividades relacionadas ao manejo da terapia dialítica domiciliar, bem como pelo cuidado no exercício das atividades de vida diária ao usuário dependente para essas ações (UESUGUI, 2011; GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012)

Desse modo, o usuário de DPAC que apresenta incapacidade para realizar sozinho o procedimento, necessitará do auxílio do cuidador. Levando em consideração que em algum momento do curso da doença e tratamento o indivíduo necessitará de algum tipo de auxílio, na DPAC é conveniente que se eleja ao menos um cuidador para aprender a técnica da diálise peritoneal na oportunidade do treinamento. As funções a serem desempenhadas pelo cuidador vão depender do grau de dependência e de funcionalidade do usuário e podem compreender desde o auxílio esporádico na manipulação da diálise até a responsabilidade completa pelo cuidado do outro (BRITO, 2009).

Entre os diversos aspectos que envolvem ser um cuidador de usuário em DP estão o aprendizado de uma técnica complexa e desconhecida e por ser esse procedimento uma responsabilidade de extrema importância para a saúde do usuário. Por se tratar de um cuidado diário e contínuo que não pode ser delegado a quem não foi capacitado, o cotidiano do cuidador de DP modifica-se e essas alterações podem repercutir na dinâmica familiar, social, na estrutura física do domicílio e em suas atividades laborais. Essa peculiaridade do tratamento da DP pode gerar sobrecarga, causar alterações de convívio social e favorecer o

isolamento social do cuidador (LOMBA, LAMEIRINHAS, *et al.*, 2014; CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013).

A tríade enfermeiro-cuidador-usuário deve estar engajada para se alcançar os objetivos principais desse sistema: a adesão ao tratamento domiciliar, a satisfação das demandas de cuidados do usuário e cuidador, a melhora clínica e a qualidade de vida do usuário. Dessa forma, o processo de cuidar e ser cuidado no âmbito da DP envolve tanto a capacitação do usuário na promoção do autocuidado quanto o auxílio ao cuidador no desempenho de atividades junto ao dependente. O conhecimento de como cuidar de si e cuidar do outro e as habilidades para fazê-los na situação da diálise peritoneal requerem o auxílio da enfermagem. Nesse sistema de cuidado, as ações do enfermeiro influenciam positivamente nas capacidades de autocuidado e de cuidado de dependente uma vez que colaboram na adaptação para atender aos efeitos da doença e a cumprir as exigências do tratamento (ALGARRA, DÍAZ e JANETH, 2013).

Diante disso, como participante no sistema de cuidado do usuário de DPAC, o enfermeiro tem responsabilidades específicas de cuidado com a pessoa que cuida do usuário em diálise peritoneal. Ele também deve ser objeto de atenção e cuidado por parte do enfermeiro que deve saber como atender, habilitar e dar suporte a essa parcela populacional.

A educação em saúde é parte integrante na habilitação do usuário e cuidador para o sucesso da terapia domiciliar. Adaptar às condições da doença renal constitui um processo complexo com impacto significativo e repercussões variadas na vida do indivíduo. Em determinado momento, a pessoa depara-se com a necessidade de cuidados de uma equipe de saúde e de equipamentos para manter-lhe a vida, além do estado de dependência de outras pessoas o que sequestra grande parte de sua autonomia de vida (CALDERAN, TORRES, *et al.*, 2013; ALGARRA, DÍAZ e JANETH, 2013; ROCHA, 2010).

De acordo com Figueiredo, Kroth e Lopes (2005, p. 200) “viver com uma doença crônica implica num enorme esforço de adaptação” e citam a educação em saúde como uma direção ao encontro da acomodação e aceitação da doença através da participação ativa no tratamento. Para educar o outro é preciso conhecê-lo, entender seus hábitos, crenças e situação onde vive. Nesse âmbito, insere-se o enfermeiro como o profissional que se coloca muito próximo do usuário e família durante todas as fases do atendimento no programa de DP. O enfermeiro o recebe na fase de seleção, dá suporte na preparação e implante do cateter, capacita o usuário e o cuidador durante a fase de treinamento, visita sua casa, estreita laços no processo terapêutico e o acompanha durante todo o curso do tratamento através das consultas de enfermagem periódicas na fase de manutenção (FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005).

Percebe-se que na evolução da enfermagem como ciência, o grande desafio do enfermeiro tem sido a aplicação dos conhecimentos adquiridos no campo teórico na prática profissional. Durante o processo evolutivo da profissão, o estudo, o ensino e a organização do cuidado logo se tornaram focos de atenção do enfermeiro marcando o início da preocupação da enfermagem com sua identidade profissional. Nesse processo de evolução da enfermagem como disciplina científica, o advento das teorias de enfermagem teve grande contribuição para o desenvolvimento do conhecimento próprio da profissão a fim de fundamentar sua prática (ALLIGOOD, 2014; SCHAURICH e CROSSETTI, 2010).

3.2 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E AS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Na segunda metade do século XX, a procura pela essência da enfermagem levou a comunidade de cientistas a se embrenharem neste processo com vistas ao desenvolvimento da ciência de enfermagem. O crescimento continuado da aceitação das teorias levou a mudanças curriculares e, de forma crescente, as publicações e investigações com utilização das teorias na prática clínica.

A movimentação dos enfermeiros tinha como direção a preocupação na busca do desenvolvimento de um corpo substancial de conhecimentos que orientasse a profissão, pois anterior a isso, estava subordinada ao modelo biomédico e baseada em princípios e tradições transmitidas através da aprendizagem com a prática e da sabedoria do senso comum que se adquiria com os anos de experiência (ALLIGOOD, 2014). Segundo McEwen e Wills (2011, p. 23), “a prática de enfermagem era prescrita por outros e realçada pelas tarefas tradicionais, ritualistas, havendo pouca consideração com a justificativa”.

Nas décadas de 70 e 80, muitas teóricas de enfermagem emergiram com seus trabalhos de desenvolvimento e expansão de conceitos e muitas teorias foram apresentadas pela primeira vez. Os estudos iniciais postularam conceitos centrais, definições, declarações relacionais e metas para a enfermagem que serviram de guia para a construção de um modo de pensar sistemático sobre a profissão e sua prática, além de determinar o campo de domínio da enfermagem (MCEWEN e WILLS, 2011; GEORGE, 2000)

Nesse processo, nos últimos 30 anos, houve uma dedicação à procura do cerne da enfermagem e as teorias estimularam o crescimento da profissão através do estabelecimento de interligações entre os conceitos centrais da disciplina, definindo a epistemologia da terapêutica de enfermagem e melhorando a coerência entre ciência de enfermagem e arte

(ALLIGOOD, 2014; MCEWEN e WILLS, 2011; CIANCIARULLO, GUALDA, *et al.*, 2001).

Atualmente, a teoria de enfermagem tem sido um tema dominante na literatura e o grande desafio tem sido a tradução fundamentada e desenvolvida no mundo acadêmico para a atuação diária, para as experiências diretas do cuidar e para a determinação da prática com vistas à produção de metas e resultados efetivos.

Alligood (2014) e Peña e Castro Salas (2010) discutem esse desafio e entendem que a produção de ciência de enfermagem se dá a partir do momento que se alia teoria à prática e que a ênfase nos dias atuais se concentra no uso da teoria na prática tanto para a definição da prática profissional quanto para o desenvolvimento continuado da teoria (PEÑA e CASTRO SALAS, 2010). Nesse sentido, a implementação das teorias na prática produz ciência de enfermagem e corrobora para a estruturação e organização do conhecimento de enfermagem e promove o cuidar racional e sistemático (TANNURE e PINHEIRO, 2011; LÓPEZ-PARRA, SANTOS-RUIZ, *et al.*, 2006).

Salcedo-Álvarez *et al* (2012) e Schaurich e Crossetti (2010) exploram a aplicação das teorias como forma de gerenciar o cuidado e melhorar o nível de comunicação entre os enfermeiros, sendo o uso da linguagem própria o que caracteriza e distingue as diversas categoriais profissionais (SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012). Peña e Castro Salas (2010) aprofundam a discussão referindo que o uso das teorias contribui para distanciar a enfermagem do enfoque biomédico que por muito tempo tem prevalecido e influenciado a sua prática profissional.

As definições do termo teoria são abundantes na literatura de enfermagem. De acordo com Vitor, Lopes e Araújo (2010), Kerlinger (1973) citado por George (2000) e Raimondo *et al* (2012), teoria é um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos e eventos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever esses acontecimentos. A definição proposta pelos autores denota que a teoria e sua inter-relação conceitual criam uma nova forma de ver um determinado fenômeno e apontam para uma direção a ser seguida para enxergar os fatos e os eventos de uma determinada maneira (VITOR, LOPES e ARAUJO, 2010; RAIMONDO, FEGADOLI, *et al.*, 2012; GEORGE, 2000).

Meleis (2012) discute as teorias de enfermagem e as definem como sendo uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem. O elemento adicional dessa definição é a ligação da teoria com a finalidade da

prescrição de enfermagem o que direciona as ações do enfermeiro para a prestação de cuidado não mais executado de maneira empírica. Como a profissão é centrada na experiência direta do cuidar, esse conceito chama a atenção pela importância da teoria para determinar padrões, influenciar a prática e melhorá-la (MELEIS, 2012).

As teorias são constituídas por elementos fundamentais que George (2000) define como as unidades básicas na linguagem do pensamento teórico: os conceitos. São eles que estruturam as teorias e seus significados e são considerados como os mais importantes componentes da teoria. McEwen e Wills (2011) esclarecem que os conceitos definidos operacionalmente são vinculados ao mundo real e identificam os referentes empíricos (indicadores) que permitem a observação e mensuração. A partir da descrição dos conceitos, uma teoria cria declarações que esclarecem os seus fenômenos e a partir da conexão entre eles introduz-se a possibilidade da invenção de determinado constructo teórico. Esse arranjo lógico que vincula os conceitos e declarações criam hipóteses tomadas como verdadeiras que sustentam a teoria. Esses pressupostos apoiam as proposições que induzem as evidências e afirmações teóricas no processo de estruturação e validação da teoria.

Existem várias teorias e modelos conceituais para fundamentar a prática de enfermagem. Porém, para o entendimento e aplicação de qualquer uma delas faz-se necessária a compreensão dos conceitos que a constituem, o conteúdo nuclear que a sustenta e a familiarização com sua visão de mundo em relação à pessoa, à saúde, ao ambiente e à enfermagem. Tannure e Pinheiro (2011) também acrescentam a necessidade de escolher a teoria levando em consideração a congruência de seus fundamentos teóricos com o cotidiano assistencial no qual se propõe implementá-la. Para os mesmos autores “a teoria funciona como o alicerce estrutural para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem”. (TANNURE e PINHEIRO, 2011, p. 21)

A partir da década de 60, período designado como a era da teoria de enfermagem, vários eruditos da enfermagem empenharam-se no desenvolvimento de teorias cujos debates e discussões apresentaram uma nova consciência da enfermagem como profissão. Nesse contexto, muitas teóricas ganharam destaque na elaboração de constructos, como Dorothea Orem e sua Teoria do Autocuidado.

3.3 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

Dorothea Elizabeth Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914 e iniciou sua carreira em 1930 após concluir seu curso de enfermagem pela escola de enfermagem do

Providence Hospital em Washington, sendo uma das enfermeiras americanas mais destacadas durante seu exercício profissional. Ao longo de sua carreira, desenvolveu atividades como enfermeira de equipe, enfermeira particular, educadora, administradora e consultora (ALLIGOOD, 2014; GEORGE, 2000)

No decorrer dos trabalhos desenvolvidos em sua vida profissional em contextos distintos, Orem teve percepções intuitivas sobre o contexto no qual os indivíduos necessitavam do auxílio das enfermeiras e como eles poderiam ser ajudados por elas. Essas reflexões proporcionaram conhecimentos necessários para formular e expressar sua teoria de enfermagem. A evolução dessas ideias culminou em seu conceito de autocuidado que foi formalizado e publicado pela primeira vez em 1971 em seu livro *Nursing: concepts of practice*. As cinco edições posteriores foram publicadas em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001 respectivamente. A teórica desenvolveu seus trabalhos e continuou ampliando seu modelo conceitual de autocuidado até o início desse milênio vindo a falecer aos 93 anos em 22 de julho de 2007 em sua residência em *Skidaway Island* (ALLIGOOD, 2014). O *Nursing Development Conference Group* (NDCG), grupo formado por Orem para produzir a estrutura conceitual de sua teoria, vem dando continuidade ao trabalho de Orem através da revisão e ampliação do seu constructo.

Várias motivações impulsionaram Orem para a construção da sua teoria, dentre elas a autora destaca a necessidade de expressar o objeto próprio da enfermagem e estabelecer uma linguagem específica na prática, na pesquisa e na educação para a enfermagem. Além disso, a necessidade de gerar enfermeiros com um estilo de pensar e de se comunicar envolvidos no desenvolvimento contínuo da estruturação e da validação do conhecimento da profissão (OREM, 2001).

Compreendidos por McEwen e Wills (2011) como a “visão de mundo” de uma disciplina e por George (2000) como as molduras filosóficas de referência de uma profissão, os metaparadigmas dão significado e coerência à enfermagem e resumem suas missões intelectuais e sociais. Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem constituem elementos centrais para os modelos e teorias, com definições e relações diferentes entre elas. Em seu trabalho, Orem também discutiu esses conceitos que constituíram os pilares para a estruturação de sua concepção teórica.

Na visão de Orem (2001), o ser humano é um ser racional, diferenciado dos outros organismos vivos por sua capacidade de pensamento, reflexão, comunicação e habilidade para aprender e desenvolver-se. Através de sua aptidão em buscar e obter conhecimento, o indivíduo é capaz de criar situações que promovam seu bem-estar e o torna hábil para realizar

ações para cuidar de si e dos outros. Na elaboração desse metaparadigma, a autora constatou que a capacidade de autocuidado não é instintiva, mas um comportamento aprendido (OREM, 2001; DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 2014; PEÑA e CASTRO SALAS, 2010; BUB, MEDRANO, *et al.*, 2006).

Para Orem, o ambiente está centrado no conceito de sociedade. A família, os laços socioafetivos e os grupos sociais são formados por pessoas que se cooperam, com a finalidade de proporcionar a manutenção e promoção do desenvolvimento de cada indivíduo do grupo. Algumas pessoas agrupam tarefas e assumem responsabilidades para ajudar os outros membros do grupo quando estes experimentam privações. A enfermagem insere-se neste contexto colaborando na obtenção e na recuperação da saúde (OREM, 2001; DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 2014; TAYLOR e RENPENNING, 2011)

A concepção de saúde definida por Orem alinha-se à definição da Organização Mundial de Saúde que considera como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades. Significa integridade física, estrutural e funcional com vistas ao desenvolvimento progressivo e integrado do ser humano (OREM, 2001; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 2014). Indo mais além, a autora expõe que cada indivíduo imprime o significado de saúde para si mesmo, o avalia constantemente e o modifica na medida em que se alteram as características humanas e biológicas da pessoa (OREM, 2001; BUB, MEDRANO, *et al.*, 2006; PEÑA e CASTRO SALAS, 2010). O cuidado à saúde inclui promoção, manutenção da saúde, tratamento da doença e prevenção de complicações situando essas definições nos níveis de prevenção primário, secundário e terciário (DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003; GEORGE, 2000).

Sobre a enfermagem, Orem (2001) destaca ser uma profissão que desempenha assistência aos indivíduos segundo suas necessidades, em função da falta ou perda das capacidades e habilidades advindas de situações pessoais. Através da interação mútua, a enfermagem visa à manutenção e recuperação da saúde do indivíduo trabalhando em conjunto para o alcance da meta do autocuidado e do cuidado de dependente.

Na primeira edição do seu livro, Orem enfocou o indivíduo, estruturou o seu conceito de autocuidado e descreveu a sua concepção teórica da enfermagem. Na segunda edição, expandiu suas definições para incluir unidades multipessoais como famílias, grupos e comunidades e utilizou o termo agência de cuidado de dependente em relação aos cuidadores de lactentes, crianças e adultos dependentes que requeriam o seu auxílio. Na terceira publicação, a autora apresentou a sua Teoria Geral, estruturada em três bases inter-relacionadas, constituída pelo autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem.

Já na quarta edição, enfatizou a criança, os grupos e a sociedade e o conceito de cuidado como o fundamento e o objeto da ciência de enfermagem. Na quinta edição, englobou a dualidade de papéis do cuidador sendo tanto agente de cuidado de dependente como provedor do seu próprio autocuidado. Por fim, em sua sexta edição, em 2001, Orem lança suas perspectivas acerca da enfermagem enquanto ciência prática e enfatiza o desenvolvimento da ciência da enfermagem aplicada e sua utilização nos contextos assistenciais.

A Teoria Geral de Orem, designada como Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE), é formada pela inter-relação de quatro constructos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado, Teoria dos Sistemas de Enfermagem e Teoria do Cuidado de Dependente. Para melhor entendimento, apresenta-se um diagrama adaptado da estrutura geral da teoria de Orem (Figura 1) construído a partir de Orem (2001), Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011).

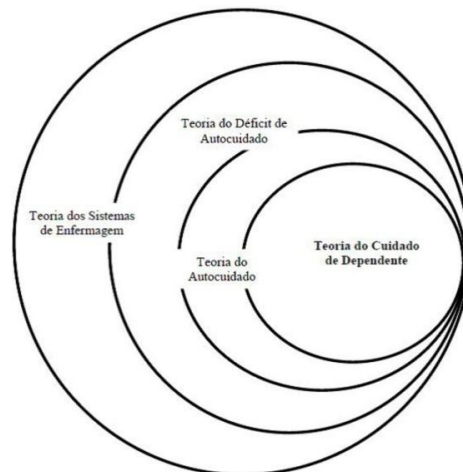


Figura 1- Diagrama da Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem adaptado de Orem.
Fonte: Orem (2001, p.141)

3.3.1 Teoria do Autocuidado

Para Orem (2001), todos os seres humanos são capazes de aprender e são motivados pela busca da aprendizagem e pelo exercício das habilidades intelectuais e práticas para gerirem-se e para exercerem cuidados em seus dependentes. No início da construção de sua teoria, a autora enfocou formalmente o autocuidado e desenvolveu as principais concepções do seu constructo (DENYES, OREM e BEKEL, 2001). Assim, para sua compreensão, faz-se necessário a definição dos seus conceitos relacionados, como os de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes, requisitos para o autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado e déficit de autocuidado.

O autocuidado deve ser realizado de forma efetiva para manter a integridade e o funcionamento estrutural humano e para, dessa forma, prosseguir no desenvolvimento pessoal, no aperfeiçoamento e no amadurecimento no decorrer da vida. É uma prática apreendida e uma ação deliberada realizada de forma contínua de acordo com os estágios de crescimento, amadurecimento, estado de saúde e fatores ambientais do indivíduo (OREM, 2001). Assim, ao longo da vida, o autocuidado é aprendido e ajustado continuamente a depender da fase de desenvolvimento, dos recursos disponíveis e das necessidades da pessoa.

Para Orem (2001), ação de autocuidado é a competência do indivíduo para engajar-se no cuidado de si mesmo e envolve atitudes de tomada de decisões voluntárias e intencionais. É a capacidade humana na promoção do autocuidado. O empenho da pessoa nas ações de autocuidado são influenciadas por fatores ditos como condicionantes básicos, citados por Salcedo-Álvarez et al (2012), George (2000) e Akyol et al (2007) como sendo a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores ambientais e sociais e a disponibilidade de recursos. Assim, o início, o desempenho e a habilidade de envolver-se nas ações de autocuidado estão sujeitas a esses fatores. Dependendo do estado de desenvolvimento e da saúde do indivíduo, as ações de autocuidado podem ser desenvolvidas pelo próprio indivíduo ou desempenhadas por outra pessoa. Nesse sentido, o termo agente de autocuidado refere-se àquele que executa o próprio autocuidado, ou seja, tem a autonomia de desenvolver ações de cuidado para si mesmo (DENYES, OREM e BEKEL, 2001; AKYOL, ÇETINKAYA, *et al.*, 2007; SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012)

As ações de autocuidado têm certos propósitos específicos a serem alcançados, denominados requisitos de autocuidado, que são agrupados por Orem em três categorias que se relacionam entre si: requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde (BUB, MEDRANO, *et al.*, 2006; LARA, LIMA, *et al.*, 2009). Assim, as ações de autocuidado visam atender esses requisitos de modo a satisfazer as condições básicas que serão necessárias para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (OREM, 2001).

Os requisitos universais de autocuidado são considerados como atividades do cotidiano solicitadas por todos os indivíduos em todas as fases do ciclo vital e estão associados aos processos de vida que buscam manter a estrutura, a integridade e o funcionamento do ser humano. São ditas como imprescindíveis e essenciais para exercer o autocuidado e abarcam os elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais essenciais da vida (DENYES, OREM e BEKEL, 2001; SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012; BUB, MEDRANO, *et al.*, 2006; LUCA, 2012; DIÓGENES e

PAGLIUCA, 2003; FELIX, NÓBREGA e SOARES, 2009). Orem (2001) analisou-os e categorizou-os segundo as condições para oxigenação, hidratação, alimentação, eliminação, atividade e repouso, isolamento e interação social, risco à saúde e ao bem-estar e promoção da saúde. Esses requisitos são alcançados através do autocuidado ou do cuidado de dependente (ALLIGOOD, 2014; OREM, 2001, p. 225)

Os requisitos de desenvolvimento são condições necessárias ou ações de autocuidado voltadas para as adaptações às situações do ciclo vital. Relacionam-se às demandas que surgem em situações normais ou de crise ao longo da vida do indivíduo tais como, a infância, adolescência, divórcio, gravidez, situações de mudanças no curso da vida e que devem ser acomodadas para promover o desenvolvimento da pessoa (OREM, 2001; SOUSA, SILVA, *et al.*, 2012; FELIX, NÓBREGA e SOARES, 2009; LEOPARDI, 1999). São citados por Bub et al (2006) e George (2000) como particularizações ou expressões especializadas dos requisitos universais ou de novos requisitos derivados de uma nova condição ou associados a um evento. Referem-se também às necessidades de prevenção, adaptação ou redução dos efeitos deletérios de condições que possam afetar o desenvolvimento, como doenças crônicas por exemplo (OLIVEIRA, 1995; LUCA, 2012; MOLINA e SUAZO, 2009).

Salcedo-Álvarez et al (2012) citam nove situações relevantes que podem interferir no desenvolvimento humano e na capacidade de autocuidado: privação educacional, problemas de adaptação social, perda de familiares ou amigos, perda de bens ou de trabalho, mudança brusca de condição de vida, alteração da posição social ou econômica, doença ou invalidez, doença terminal e perigos ambientais.

Já os requisitos de desvios de saúde associam-se às necessidades de autocuidado que são requeridas na presença de processos patológicos e no seu tratamento, bem como em situações de incapacidades e limitações (OREM, 2001; ALLIGOOD, 2014). São exigências de autocuidado que aparecem quando o processo de vida normal é interrompido. Segundo Farias e Nóbrega (2000 citados por Rodrigues, 2006), estão vinculados aos problemas de ordem funcional, genética, relacionados ao diagnóstico clínico e ao tratamento e incluem as condições de saúde, a doença e o tratamento para corrigir essa situação (RODRIGUES, 2006). De acordo com Orem (2001), os requisitos de desvios de saúde englobam busca de autocuidado, modificação do autocuidado, consciência dos efeitos da enfermidade, realização do autocuidado e busca de novos modos de autocuidado. A autora complementa as ações requeridas nas condições de desvios de saúde como sendo a busca e garantia de assistência médica adequada, a conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições em

estados patológicos, execução de medidas prescritas, conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas e modificação do autoconceito ou da autoimagem (OREM, 2001, p. 234)

A totalidade de ações de autocuidado a serem desempenhadas visando à satisfação dos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde são consideradas como demandas de autocuidado (OREM, 2001). Logo, esse conceito relaciona-se a todas as ações necessárias para preencher as exigências de autocuidado no intuito de manter a vida e devem ser trabalhadas, controladas ou modificadas no indivíduo com vistas à regularização do funcionamento e do desenvolvimento humanos (CADE, 2001). Olivella-Fernández, Bastidas-Sánchez e Castiblanco-Amaya (2012) complementam que as demandas de autocuidado variam de acordo com os requisitos de cada indivíduo, desta forma, destacam o quanto é essencial conhecer os requisitos de autocuidado em cada condição de saúde e particularmente em cada pessoa (OLIVELLA-FERNÁNDEZ, BASTIDAS-SÁNCHEZ e CASTIBLANCO-AMAYA, 2012)

Assim, o déficit de autocuidado existe quando a demanda de autocuidado excede a capacidade de autocuidado do indivíduo, ou seja, é o conjunto dos requisitos que o indivíduo não pode desempenhar e o que falta para atender (cobrir) a demanda terapêutica exigida. Alligood (2014) acrescenta que o déficit existe quando as atividades de autocuidado não são operáveis ou adequadas para preencher a necessidade de autocuidado existente. Nesse caso, o indivíduo necessita de auxílio para superar ou eliminar o déficit ou de outra pessoa para fazer por ele, podendo ser um cuidador, bem como a equipe de enfermagem (OREM, 2001).

3.3.2 A Teoria do Déficit de Autocuidado

É o cerne da teoria de Orem, pois delinea a razão pela qual as pessoas necessitam da assistência de enfermagem. Na visão da autora, existem situações de estado de saúde do indivíduo ou de seus dependentes em que estes se tornam parcialmente ou completamente incapazes de reconhecer ou desempenhar ações ou requisitos que operem adequadamente no sentido de cobrir as demandas requeridas. Nessas ocasiões, tem-se a caracterização do déficit de autocuidado onde se insere a atuação da enfermagem (OREM, 2001; LARA, LIMA, *et al.*, 2009; SARAT, 2007; LESSMANN, CONTO, *et al.*, 2011).

O termo déficit relaciona-se ao estado no qual a habilidade de cuidar de si ou de outrem está aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda conhecida de autocuidado ou de cuidado de dependente (OREM, 2001; TAYLOR e RENPENNING, 2011).

Os déficits de autocuidado podem ocorrer em momentos particulares da vida do indivíduo e por diversas razões nas quais a pessoa não consegue se cuidar adequadamente, tais como limitações de conhecimento, incapacidades físicas ou mentais, destreza, falta de motivação ou de recursos ambientais, dentre outros. Nessas situações, ocorre um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a demanda para o autocuidado. Logo, existindo mais exigências do que capacidades, há a necessidade de intervenções de enfermagem. As decisões e ações a serem implementadas para cobrir essas deficiências são responsabilidades, atividades e implementações da enfermagem discutidas em conjunto com o indivíduo, cuidador e família (OREM, 2001; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 2014; SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012)

A Teoria do Déficit de Autocuidado proporciona um sistema geral para dirigir as atividades de enfermagem quando as exigências de autocuidado são maiores do que as habilidades e fornece à enfermagem uma série de ações que, ao serem desempenhadas, irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas ou de seus dependentes (ALLIGOOD, 2014). Essas ferramentas são apresentadas por Orem (2001) como sendo os cinco métodos de ajuda: (1) agir ou fazer para o outro; (2) guiar o outro; (3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); (4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, para se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; (5) ensinar o outro. Depreende-se que a enfermagem inicialmente deve estabelecer onde o indivíduo precisa de auxílio através da identificação dos desequilíbrios, para posteriormente selecionar e combinar os métodos de ajuda apropriados a cada situação (OREM, 2001; GEORGE, 2000; ALLIGOOD, 2014; LARA, LIMA, *et al.*, 2009).

3.3.3 Teoria de sistemas

Definido o autocuidado e explicado o âmbito da enfermagem, a teoria de sistemas vem esclarecer como as necessidades de autocuidado do indivíduo serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo próprio indivíduo ou por ambos e vem também estabelecer como será essa relação de oferecimento e apoio ao cuidado. Segundo Orem (2001), essa teoria determina a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, pois articula as propriedades do enfermeiro como agência de enfermagem com as propriedades dos indivíduos como agentes de autocuidado ou de cuidado de dependente e suas demandas (OREM, 2001, p. 147)

Agência de enfermagem é a expressão da finalidade da enfermagem e consiste no conjunto de ações da enfermagem com o objetivo de superar ou compensar as limitações de

autocuidado ou de cuidado de dependente do indivíduo (OREM, 2001; KUMAR, 2007). Nessas ações de enfermagem, Molina e Suazo (2009) atentam para a competência da enfermagem em identificar os requisitos de autocuidado dos que são cuidados por ela, além de selecionar e confirmar os métodos gerais e operacionais para satisfazer cada requisito específico (MOLINA e SUAZO, 2009)

Quando a agência de enfermagem é ativada, os sistemas de enfermagem são produzidos. Os sistemas de enfermagem podem ser proporcionados para os indivíduos, para as pessoas que constituem uma unidade de cuidado de dependente, para os grupos cujos membros têm exigências terapêuticas ou limitações de autocuidado ou de cuidado de dependente com componentes semelhantes, para famílias ou para outras unidades multipessoais. (OREM, 2001)

A ação de enfermagem é fazer pelo outro o que o indivíduo não pode fazer por si mesmo. É uma propriedade complexa que exige educação e treinamento dentro de uma estrutura de uma relação interpessoal justificada (ALLIGOOD, 2014; GEORGE, 2000; OREM, 2001). Nesse contexto da ação da enfermagem, o profissional tem a capacidade de auxiliar a pessoa através dos cinco métodos de ajuda apresentados anteriormente. Sendo assim, caso algum déficit de autocuidado seja identificado, a enfermagem pode utilizá-los para a obtenção do autocuidado. Através da combinação desses modos sequenciais de ajuda, Orem (2001) considerou três tipos de áreas de atividades para atuação da enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. Esses três processos assistem ao indivíduo no alcance de suas demandas e na superação ou na compensação dos seus déficits de autocuidado (OREM, 2001; ALLIGOOD, 2014). Ressalta-se que o mesmo indivíduo pode passar por todos os sistemas num determinado período de tempo a depender do desenvolvimento do seu estado (SALVADORE, 2007)

No sistema de enfermagem totalmente compensatório, a pessoa não possui os recursos requeridos para assumir um papel ativo no cuidado de si mesmo e a ação da enfermagem vem para suprir a limitação das capacidades da pessoa quanto ao seu autocuidado. Nesse caso, o enfermeiro responde pelos atos e decisões requeridas para o preenchimento dos requisitos de autocuidado, ou seja, a satisfação das demandas é de responsabilidade do enfermeiro (BEZERRA, 2013; LARA, LIMA, *et al.*, 2009). São bons exemplos os indivíduos em coma, com traumas severos ou os mentalmente incapazes.

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório está representado por uma situação em que há um engajamento, isto é, uma cooperação entre enfermeiro e cliente para

suprir as necessidades de autocuidado. A pessoa e o enfermeiro alternam-se como protagonistas da ação de autocuidado conforme as limitações, o conhecimento e as habilidades do indivíduo (OLIVEIRA, 1995; MANZINI e SIMONETTI, 2009; LARA, LIMA, *et al.*, 2009).

O sistema de enfermagem apoio-educação ocorre quando o cliente tem ferramentas para alcançar as demandas de autocuidado terapêutico e o enfermeiro impulsiona o indivíduo para essa prática do autocuidado. Para Orem (2001), o indivíduo alocado nesse sistema de atuação da enfermagem consegue executar ou pode e deve aprender a desempenhar medidas de autocuidado, embora não consiga fazê-lo sem a assistência do profissional. O papel do enfermeiro, nesse contexto, é de capacitar o indivíduo para ser o agente de seu próprio autocuidado. As ações de enfermagem visam à motivação do indivíduo para adquirir conhecimentos e habilidades, para tomar decisões, para realizar mudanças, controlar comportamentos e enfrentar as situações da vida e saúde (FELIX, 2009). Nota-se, nessa perspectiva, a ação educativa do enfermeiro e a relação profissional-cliente em um panorama horizontal com vistas ao desenvolvimento continuado do indivíduo.

3.3.4 Teoria do Cuidado de Dependente

A quarta teoria de Orem, denominada teoria de cuidado de dependente, é uma adaptação e ampliação do seu modelo conceitual.

Os termos cuidado de dependente, agência de cuidado de dependente, e agente de cuidado de dependente já haviam sido formulados por Dorothea Orem na década de 70 sendo aplicados inicialmente na relação aos cuidados de lactentes, crianças e adultos dependentes. Nas edições posteriores de sua obra, os conceitos vinculados ao cuidado de dependente foram sendo ampliados e verificou-se a relação desse sistema, bem como a dualidade de papéis do cuidador sendo tanto agente do seu próprio autocuidado como agente de cuidado de dependente (OREM, 2001; TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001).

A expansão dos conceitos de cuidado de dependente levou à formulação por Taylor et al (2001) da teoria vinculada à Teoria do Autocuidado – a Teoria de Cuidado de dependente. Essa estrutura conceitual articula-se com as demais teorias de Orem sendo o autocuidado comum a todas elas (TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001).

Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011) descreveram as principais concepções da Teoria de Cuidado de Dependente com a apresentação também de declarações

referentes à dependência e à dependência social. Propõe-se, a seguir, a exposição dos principais conceitos da teoria e sua relação com a Teoria Geral de Orem.

A dependência, na sua forma mais simples, é compreendida como um vínculo entre duas pessoas, na qual uma delas (receptor de cuidado) requer algo da outra (cuidador). A pessoa socialmente dependente necessita de outra pessoa para satisfazer os seus requisitos de autocuidado devido falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual resultante de estados patológicos. A base da dependência varia com a forma ou a manifestação dessa dependência no grupo social.

A situação de dependência ocorre como parte do processo de desenvolvimento humano, sendo que em vários estágios do ciclo natural da vida, como infância ou envelhecimento, o indivíduo vivencia algum estado em que necessita do cuidado de outrem.

O termo agência do cuidado de dependente relaciona-se ao conjunto de capacidades adquiridas ou aprendidas por um indivíduo (cuidador) que permite reconhecer quais os requisitos de autocuidado de indivíduos incapazes, ou seja, as necessidades de indivíduos dependentes de cuidados e o que deve ser feito por eles. Assim, quando se fala em agente de cuidado de dependente, o conceito se refere ao indivíduo (adolescente, adulto jovem ou pessoa adulta) provedor do cuidado do outro. Em virtude de posição legal ou social, esse indivíduo aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e satisfazer as demandas terapêuticas de autocuidado das pessoas socialmente dependentes (TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001; TANNURE e PINHEIRO, 2011). Esse agente opera a partir de um corpo de conhecimento estruturado adquirido ao longo do tempo através de experiências de vida e de informações fornecidas por vários profissionais e relacionadas com a saúde de outras pessoas.

A definição Unidade de cuidado de dependente é atribuída à relação composta pelo indivíduo socialmente dependente e o agente de cuidado de dependente (agente CD). Essa ligação forma um sistema de ação denominado sistema do cuidado de dependente que existe em razão das demandas de cuidado de dependente que estão sendo ou foram realizadas por agentes de CD. Esse sistema é de caráter proposital e intencional que pode ser influenciado pelas características de dependência e por fatores condicionantes básicos, que incluem a duração da dependência, razão para a existência do sistema, alocação de papéis e responsabilidades, sistemas de cuidado anteriores, recursos, valores culturais, qualidade e propriedade das relações da unidade, bem como a natureza e razão da dependência.

Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011) chamam a atenção para algumas características relevantes no sistema de cuidado de dependente, que abrangem a qualidade de

comunicação entre dependente e o agente de CD e a natureza do relacionamento entre eles, ou seja, o tipo de vínculo entre os membros da unidade. Os autores compreendem que são esses atributos que dão “o sentido do cuidado para o cuidador” e o motiva a se doar nessa relação sendo referido como o fator condicionante mais significativo no estabelecimento do sistema de cuidado dependente.

Quando se fala em demanda de cuidado de dependente, essa terminologia se refere ao conjunto de cuidados necessários que precisam ser dispensados pelo agente de CD em um intervalo de tempo ou ao longo de um período para atender as exigências de autocuidado terapêutico do dependente quando sua agência de autocuidado não está adequada ou operacional.

A figura 2 apresenta a adaptação do sistema de cuidado de dependente e os conceitos relacionados à estrutura teórica segundo Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011).

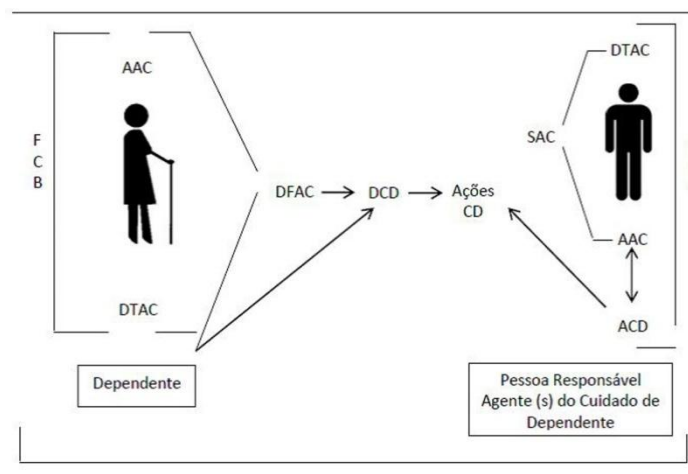


Figura 2- Sistema do Cuidado de Dependente adaptado de Taylor e Renpenning.

Fonte: Taylor et al (2001, p.42) e Taylor e Renpenning (2011, p.26).

Legenda: FCB = fatores condicionantes básicos; AAC = agência de autocuidado; DTAC = demanda terapêutica de autocuidado; DFAC = déficit de autocuidado; DCD = demanda de cuidado de dependente; CD = cuidado de dependente; SAC = sistema de autocuidado; ACD = agência do cuidado de dependente.

Quando o agente de CD não consegue suprir as demandas de cuidado de dependente requeridas ocorre o déficit de cuidado de dependente. Em outras palavras, a demanda de cuidado de dependente excede a agência de CD. Esse déficit ocorre devido às limitações do agente de CD, que, em determinadas ocasiões, não possui aptidão ou habilidade suficientes para cobrir as demandas de cuidado do dependente.

Correlacionando-se o déficit de autocuidado ao déficit de cuidado de dependente, é esse ponto de desequilíbrio que indica a necessidade de enfermagem e sinaliza o seu envolvimento nesse sistema de cuidado.

A enfermagem pode atuar junto a unidades CD em três momentos: no início da unidade, quando essa já existe e no momento em que ocorre alguma modificação nos papéis das pessoas da unidade (TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001; TAYLOR e RENPENNING, 2011). Na formação e na manutenção do sistema de CD, os autores elencam algumas variáveis a serem consideradas pelo enfermeiro como atributos que o agente de CD deve imprimir para atuar efetivamente dentro da unidade, dentre elas, englobam-se a capacidade psicoemocional para cuidar, a habilidade técnica, a capacidade física para o desenvolvimento das atividades requeridas e a motivação e o desejo para cuidar do outro.

Nota-se que a unidade deve ser avaliada com frequência pelo enfermeiro para que sejam realizados ajustes frente às variações diversas que podem ocorrer na unidade CD. Essas alterações podem impactar as habilidades do cuidador e comprometer a integridade funcional do sistema de CD. Dessa forma, apoio educacional, treinamentos, reforços podem ser requeridos pelo enfermeiro que deve possuir capacidades específicas para atuar na estrutura do sistema de CD.

As prospecções atuais no panorama da saúde, com o crescente envelhecimento populacional e o aumento do número de pessoas com doenças crônicas e outros agravos de saúde, configuram ampla demanda por cuidado de dependente e faz com que a Teoria de Cuidado de Dependente seja um constructo teórico contemporâneo.

Estratégias que promovam o cuidado familiar como alternativa para reduzir a hospitalização e institucionalização são apoiadas e incentivadas pelas políticas públicas. Nesse contexto, há o aumento crescente por enfermeiros que atuam com a unidade de cuidado dependente cooperando com a integridade funcional e estrutural desse sistema. As ações da enfermagem objetivam satisfazer, controlar e capacitar o agente de autocuidado e o agente de cuidado de dependente com vistas à eliminação ou ao controle dos déficits de autocuidado e de cuidado de dependente (TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001, p. 45).

3.4 A TEORIA DE OREM E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL.

Fawcett (2005) afirma que a credibilidade da teoria de Orem é percebida a partir de sua significância social, coerência e utilidade social.

A Teoria Geral de Orem é um dos modelos teóricos mais utilizados na enfermagem brasileira (QUEIRÓS, VIDINHA e ALMEIDA FILHO, 2014; SCHAURICH e CROSSETTI, 2010). Revisão integrativa conduzida por Raimondo et al (2012), que sumariza a produção brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem, apresenta a multiplicidade de

situações nas quais o constructo ou alguns de seus conceitos que foram utilizados para a condução da prática de enfermagem. Da mesma forma, através de seu estudo de revisão, Biggs (2008) apresenta uma atualização das pesquisas da comunidade global que seguiram o modelo de Orem e destaca o aumento do número de enfermeiros em todo o mundo que têm sido influenciados pela sua concepção teórica. A autora conclui sua revisão constatando o quanto as ideias da teórica têm contribuído significativamente para o avanço da disciplina, o quanto elas tem sido úteis para a prática clínica nos contextos nas quais foram abordadas e também chama a atenção para as lacunas ou áreas em que mais trabalhos são necessários (BIGGS, 2008)

Em vários contextos da enfermagem o modelo de Orem tem sido aplicado na busca do engajamento do cliente no autocuidado. Artigos de investigação sobre o uso da TDACE ou de componentes na prática clínica incluem o ensino do autocuidado em investigações cardiovasculares (OLIVELLA-FERNÁNDEZ, BASTIDAS-SÁNCHEZ e CASTIBLANCO-AMAYA, 2012; LESSMANN, CONTO, *et al.*, 2011; LIMA, PEREIRA e CHIANCA, 2006), no cuidado e intervenções de doenças infectocontagiosas (CUNHA e GALVÃO, 2010; BARROSO, BRITO, *et al.*, 2010), saúde da mulher (LARA, LIMA, *et al.*, 2009; MOLINA e SUAZO, 2009), dentre outras.

A amplitude da teoria no alcance do cuidado de pessoas nas diferentes fases da vida como infância (RODRÍGUES-SANDOVAL, SOLORZANO-GARCÍA e HERNÁNDEZ-CANTORAL, 2013), adolescência (DASHIFF, MCCALED e CULL, 2006; SOUSA, SILVA, *et al.*, 2012), adultos jovens (PARRA, SALAS e ESCOBAR, 2012; SAMPAIO, AQUINO, *et al.*, 2008; LARA, LIMA, *et al.*, 2009; CADE, 2001) e idosos (SILVA, 2012) afirma sua aplicabilidade no ensino do autocuidado e no cuidado de dependente nas diversas etapas de desenvolvimento.

As ideias de Orem também têm sido utilizadas para construção de protocolos de coleta de dados (SALVADORE, 2007; BEZERRA, 2013) e instrumentos para investigação (HERMIDA e ARAÚJO, 2006) o que contribui significativamente para o teste e validação dos elementos da teoria em populações específicas.

Trabalhos previamente publicados demonstram a aplicabilidade e a eficiência do modelo de Orem na assistência a pessoas portadoras de doenças crônicas. A educação para o autocuidado e para o cuidado de dependente é descrita em indivíduos com diabetes *mellitus* (TEIXEIRA, ZANETTI e PEREIRA, 2009; OYELANA, 2008; KUMAR, 2007), na hipertensão arterial (SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012; PEÑA e CASTRO SALAS, 2010; MANZINI e SIMONETTI, 2009; AKYOL, ÇETINKAYA, *et al.*,

2007; SANTOS e SILVA, 2006; CADE, 2001) e nas doenças renais (ALGARRA, VÁSQUEZ e JERENA, 2013; MCCARLEY, 2009; PACHECO, SANTOS e BREGMAN, 2007; RICKA, VANRENTERGHEM e EVERS, 2002)

Percebe-se a vasta aplicabilidade da teoria de Orem a qual apresenta uma maneira singular de perceber o fenômeno da enfermagem e sua relação de cuidado com o indivíduo, o que leva a resultados positivos na prática assistencial e na cientificidade da assistência de enfermagem. Nota-se, também, os espaços assistenciais nos quais a realização de outros trabalhos são necessários, como no contexto da diálise peritoneal.

3.4.1 Indicadores Empíricos

O relacionamento da teoria à sua aplicabilidade na prática assistencial determina sua importância e valor no cotidiano dos profissionais. A enfermagem é uma disciplina prática e constatar o uso de uma teoria como forma de melhorar essa prática, estimula a sua aplicação e reforça sua importância para a cientificidade do cuidar (FAWCETT, 2005).

Conforme enfatiza McEwen e Wills (2011), para relacionar a teoria à prática assistencial, é necessária a vinculação dos conceitos estruturados na teoria ao mundo real, isto é, a identificação de dados que possam ser observados e mensurados na prática – os indicadores empíricos.

Indicador empírico é definido por Fawcett (2005) como o elemento mais específico e concreto da hierarquia do conhecimento de enfermagem. A autora classifica e estrutura o saber da Enfermagem em níveis decrescentes de abstração sendo o indicador empírico o último componente deste sistema. São designados como instrumentos reais utilizados em condições ou critérios experimentais para observação e mensuração dos conceitos das teorias. As informações obtidas a partir de um indicador empírico são tipicamente chamadas de dados (FAWCETT, 2005; FAVERO, 2013; BEZERRA, 2013).

3.4.1.1 Indicadores Empíricos dos Requisitos Universais de Autocuidado ao Usuário de DP

As demandas dos indivíduos são influenciadas pelas suas condições de saúde e estados de desenvolvimento. Essas mudanças nas necessidades das pessoas ao longo da vida são influenciadas pelos fatores condicionantes básicos e por situações de alterações no estado de saúde (OREM, 2001). Apesar disso, indivíduos que cursam com doenças crônicas terão mudanças nos requisitos de autocuidado e, desse modo, características específicas em suas demandas terapêuticas de autocuidado.

Orem (2001) define requisitos universais de autocuidado como metas universais que devem ser cumpridas por meio do autocuidado ou de cuidados de dependentes relacionadas à manutenção da integridade estrutural e funcional do ser humano em suas várias fases do ciclo de vida. Assim, nos oito requisitos universais elencados por Orem (2001) - respiração, hidratação, alimentação, eliminação, atividade e repouso, isolamento e interação social, risco à saúde e ao bem-estar e promoção da saúde - levantam-se os indicadores empíricos mais frequentemente relacionados aos usuários da diálise peritoneal.

A manutenção da respiração, hidratação e alimentação trata-se de recurso vital para a continuidade, funcionamento, crescimento e desenvolvimento do ser humano. Orem (2001) estabelece como conjunto geral de ações para atender esses requisitos o estabelecimento da quantidade necessária para o funcionamento normal levando em consideração os fatores internos e externos de cada indivíduo, a manutenção da integridade das estruturas anatômicas e processos fisiológicos e a apreciação das experiências prazerosas ao respirar, beber e comer atentando para abusos que possam levar a doença ou desequilíbrios em estados que necessitam de restrição ou compensação.

3.4.1.1.1 Respiração

As alterações no aparelho respiratório influenciadas pela doença renal crônica são complexas e vão desde alterações dos volumes pulmonares até alterações funcionais que levam a desequilíbrios das trocas gasosas (BARROS, MANFRO, *et al.*, 2006)

A deficiência da eritropoetina, hormônio produzido pelos rins que favorece a maturação dos eritrócitos, ocasiona estados de anormalidades fisiológicas, incluindo a diminuição da oferta e utilização tecidual de oxigênio (THOMÈ e PREZZI, 2006). Além disso, estados de hipervolemia causados por mecanismos de controle hidroeletrolíticos desajustados na lesão renal levam também a estados hipoxêmicos (RIELLA, 2014; BARROS, MANFRO, *et al.*, 2006). Associado a isso, a maioria dos indivíduos renais crônicos cursam com comorbidades associadas, sendo que algumas delas podem comprometer o sistema respiratório (RIELLA, 2014; BARROS, MANFRO, *et al.*, 2006).

A Diálise Peritoneal pode ocasionar diminuição da capacidade residual funcional pulmonar pela presença de volume do líquido peritoneal que causa maior restrição do diafragma por deslocamento do conteúdo abdominal em direção ao tórax. Essa condição pode ser agravada pelo decúbito adotado pelo usuário (BEVILACQUA e GUERRA, 2000).

3.4.1.1.2 Hidratação

Em condições normais, o organismo dispõe de um mecanismo integrado entre um sistema que capta se há necessidade de conservar ou eliminar água (sistema nervoso central) e um sistema efetor (sistema renal) que realiza a função desejada (SEGURO e HELOU, 2006). Os rins desempenham a função de manter a homeostase de líquidos e eletrólitos e, através desse balanço, favorecem a constância do volume extracelular circulante (HELOU e ANDRADE, 2006). Em condições patológicas renais, os mecanismos efetores falham e desencadeiam os distúrbios hidroeletrólíticos.

A diálise peritoneal é uma das três terapias de substituição renal que promove a remoção de líquidos e toxinas urêmicas através da membrana peritoneal. Desse modo, a remoção de líquidos do organismo dependerá da quantidade de líquido removido pela diálise (ultrafiltração) e do volume de diurese residual (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013).

Apesar da taxa de filtração glomerular no renal crônico ser bastante baixa, os volumes diários de diurese residual podem variar de anúria à poliúria em indivíduos diferentes. A preservação da diurese residual está relacionada à depuração de substâncias de baixo e médio pesos moleculares, o que permite maior remoção de fluidos, à melhora do estado nutricional, além de manter parcialmente algumas funções endócrinas do rim (ARAÚJO, LEMES, *et al.*, 2011).

Martins (2006), Riella (2014) e Daugirdas, Blake e Ing (2013) discutem o balanço de sódio e líquidos na diálise peritoneal e afirmam que os líquidos não são geralmente restringidos nessa terapia, mas os usuários devem ser monitorizados para peso e pressão sanguínea. Havendo controle na ingestão alimentar de sódio, não há necessidade de grande restrição de líquidos. Nos indivíduos anúricos, a ingestão de líquidos deve ser limitada para cerca de 1,0 a 1,5 litros por dia e os indivíduos que apresentam função renal residual podem ingerir líquido adicional, com o volume sendo baseado no débito urinário diário habitual.

Daugirdas, Blake e Ing (2013) alertam para os benefícios do baixo aporte de sódio na dieta no usuário em DP, pois auxilia a limitar a ingestão de líquidos. Embora seja possível remover o aporte de líquido estimulado pelo sódio utilizando altos níveis de glicose, isto ocorre à custa da carga de glicose, com efeitos potencialmente adversos na membrana peritoneal. Portanto, para a ingestão de sódio, cada paciente deve ser avaliado individualmente, considerando parâmetros como peso, pressão arterial, respiração e edema. Em caso de ganho excessivo de líquido, a restrição de sódio na dieta é indicada com o

objetivo de evitar aumento do número de trocas com altas concentrações de glicose (RIELLA, 2014).

As evidências de edema, hipertensão arterial, aumento de peso e dispneia denunciam o balanço positivo provocados por falência da ultrafiltração, ingestão maior que a drenagem, prescrição inadequada ou perda da função renal residual (FIGUEIREDO, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013).

Da mesma forma, a redução do peso corporal, o turgor cutâneo diminuído e a presença de hipotensão podem provocar a deficiência de volume circulante e a desidratação. O balanço negativo pode ser ocasionado por ingestão hídrica menor que as necessidades, má adequação da prescrição dialítica e episódios de diarreia e vômitos (FIGUEIREDO, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013).

A educação e adaptação do indivíduo renal ao controle hídrico devem ser acompanhadas pela equipe multidisciplinar do programa de DPAC. O monitoramento deve ser rotineiro e incluir a análise criteriosa do peso corporal, sinais de desequilíbrio hídrico, pressão arterial, qualidade e quantidade da ingestão, dentre outros. O enfermeiro participa dessa avaliação e orienta o usuário na compreensão do processo do balanço hídrico na insuficiência renal e no engajamento do mesmo nos cuidados com a ingestão de líquidos.

3.4.1.1.3 Nutrição

A insuficiência renal crônica desencadeia alterações orgânicas significativas o que resulta em distúrbios no metabolismo de todos os nutrientes com conseqüente comprometimento do estado nutricional do indivíduo (MARTINS, 2006).

Usuários dialíticos comumente cursam com ingestão alimentar deficiente, perdas de nutrientes durante a diálise, estado inflamatório crônico, intolerância à glicose e distúrbios hormonais e comorbidades associadas que agravam e contribuem para o desenvolvimento de distúrbios nutricionais. Especificamente na diálise peritoneal, alterações metabólicas e nutricionais, como perda de proteínas, aminoácidos e vitaminas hidrossolúveis, supressão do apetite em virtude da absorção contínua de glicose do dialisato, desconforto abdominal, dentre outros, favorecem o comprometimento da nutrição adequada nesses indivíduos (CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012).

A desnutrição e a obesidade são dois grandes problemas nutricionais na diálise peritoneal (MARTINS, 2006; GUSMÃO, ALMEIDA, *et al.*, 2010). Esses distúrbios nutricionais corroboram com o aumento da morbi-mortalidade, maior número e duração de

hospitalizações e reduzem a qualidade de vida dessa população (JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012).

As sequelas da desnutrição na doença renal são numerosas e incluem mal-estar, fadiga, reabilitação insatisfatória, cicatrização comprometida, suscetibilidade aumentada à infecção e taxas aumentadas de hospitalização e de mortalidade (JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012). A desnutrição na DRC aumenta a taxa de mortalidade acentuadamente com evidências de perda de musculatura esquelética, peso abaixo do médio ou índice de massa corporal.

De acordo com Velozo *et al* (2012), Martins (2006), Campos *et al* (2012) e Jiménez *et al* (2012), o excesso de peso corporal na população brasileira varia conforme a idade, de 8,8% a 50,8%, sendo que, com o aumento da idade, a taxa de sobrepeso também aumenta. Associado a tendência natural do indivíduo conforme o avanço da idade, a obesidade na diálise peritoneal está influenciada pela absorção de 60 a 80% de glicose proveniente da solução de diálise, o que acarreta o aumento da glicose circulante, com consequente sobrecarga calórica, deposição de tecido adiposo e ganho de peso corporal.

Tem-se aplicado diversos métodos de avaliação do estado nutricional em indivíduos em diálise (MARTINS, 2006; JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012) sendo que não existe claramente uma técnica “padrão” que apresente alta sensibilidade e especificidade (JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012). Medidas antropométricas como o índice de massa corporal (IMC) são utilizadas por sua validade na determinação da evolução da obesidade e da perda de peso em usuários dialíticos (CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; GONZÁLEZ e ARANGO, 2006).

Uma forma de prevenir os distúrbios nutricionais é através da identificação precoce dos indivíduos com risco de má nutrição e aqueles com probabilidade de piora da situação nutricional (JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012). Para tanto, faz-se necessário maior atenção nesse aspecto por parte da equipe multidisciplinar do programa de DPAC e avaliação rotineira do estado nutricional dos usuários durante a fase de manutenção do tratamento. As intervenções voltadas nesse aspecto evitarão a deterioração progressiva e a redução dos riscos associados às desordens nutricionais.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe interdisciplinar, o acompanhamento e avaliação dos usuários sob seus cuidados com o objetivo de detectar precocemente as alterações que denunciem problemas nutricionais, além de promover educação continuada para favorecer a adesão à dieta, minimizar as comorbidades e melhorar a qualidade de vida desses usuários (VELOZO, FERRAZ, *et al.*, 2012).

3.4.1.1.4 *Eliminação e Excreção*

Como medidas de ação para provisão de cuidados na manutenção adequada no processo de eliminação e excreção, Orem (2001) relata a importância da manutenção das condições internas e externas para a regulamentação do processo de eliminação, gerenciamento dos processos de eliminação e excreção incluindo a proteção das estruturas envolvidas, promoção de cuidados adequados de higiene em superfícies e partes do corpo e cuidados ambientais adequados para condições sanitárias ideais.

Na condição da lesão renal crônica, os mecanismos responsáveis para regulação da eliminação de catabólitos produzidos diariamente pelo organismo estão em falência. Dessa forma, a redução da taxa de filtração glomerular, caracterizada clinicamente pela presença de anúria ou oligúria e a elevação das taxas de toxinas urêmicas, caracterizam a cronicidade da doença e, para a manutenção da vida, é necessário o uso de terapia de substituição renal a fim de realizar a depuração desses produtos finais do metabolismo e restabelecer a homeostase hidroeletrólítica.

A diálise peritoneal é uma das três terapias de substituição renal que promove a remoção de líquidos e catabólitos através da membrana peritoneal. Um dos benefícios da DP e uma parte importante do seu sucesso seria a preservação da diurese residual comparado à hemodiálise (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000). A persistência da função residual se relaciona ao auxílio à terapia dialítica na depuração de substâncias e fluidos, além de contribuir na melhora do estado nutricional e manter parcialmente algumas funções endócrinas do rim (ARAÚJO, LEMES, *et al.*, 2011; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)

A função intestinal regular é outro aspecto importante a ser observado no usuário de DP. A manutenção do funcionamento habitual das alças favorece a acomodação correta do cateter no sítio de implante e contribui para seu funcionamento adequado (RIELLA, 2014; BEVILACQUA e GUERRA, 2000)

A obstipação em DP relaciona-se geralmente a maus hábitos alimentares, baixa ingestão de fibras na dieta, pouca atividade física, suplementação oral de ferro e uso de quelantes de fósforo (MARTINS, 2006; RIELLA, 2014). Pode resultar em aumento do desconforto abdominal, funcionamento insatisfatório do cateter com consequente redução da eficiência da diálise e também estaria relacionada a uma probabilidade de translocação bacteriana do intestino para a cavidade peritoneal (RIELLA, 2014; MARTINS, 2006; BEVILACQUA e GUERRA, 2000)

3.4.1.1.5 *Atividade e Repouso*

Para manutenção adequada de atividade e repouso, Orem (2001) direciona medidas de ação voltadas para atividades de estimulação, envolvimento e manutenção do equilíbrio entre o movimento físico, as respostas afetivas, o esforço intelectual e a interação social. Enfatiza a necessidade de se reconhecer e atender às manifestações de necessidades individuais para o descanso e atividade e utilizar as capacidades pessoais, interesses e valores, bem como as culturas e crenças como bases para o desenvolvimento de um padrão de descanso e atividade. A atividade é principalmente ação física e intelectual e o repouso é o processo associado com o descanso e restauração do funcionamento normal do organismo (FELIX, 2009)

A concepção do processo de doença da lesão renal crônica ultrapassa o aspecto biológico e envolve todo o contexto social, político e cultural do indivíduo. Nesses aspectos, condições de atividade, repouso, funções cognitivas, a comunicação, a reserva energética, dentre outros, comprometem a manutenção do equilíbrio no paciente renal (CARREIRA e MARCON, 2003).

As restrições impostas pelo tratamento da DRC ocasionam uma série de mudanças na vida do indivíduo e afetam também as necessidades de atividade e repouso, visto que os indivíduos passam a não realizar as atividades que executavam anteriormente e os momentos de dificuldades, preocupações e o próprio tratamento dialítico podem afetar o descanso e a restauração do desgaste físico e mental (SANTOS, ROCHA e BERARDINELLI, 2011).

Segundo Daugirdas, Blake e Ing (2013), cerca de 41% a 52% dos indivíduos em diálise tem uma ou mais queixas relacionadas ao sono. Frequentemente se queixam de “insônia”, independente de quadros de ansiedade ou depressão, e apresentam problemas para adormecer ou permanecer dormindo, despertares frequentes durante a noite e sonolência diurna excessiva. Os mesmos autores ressaltam os prejuízos advindos da sonolência diurna como a diminuição da função cognitiva, a interferência nas atividades cotidianas e a diminuição da qualidade de vida.

Especificamente na DP, o repouso pode estar afetado também devido à terapia ser realizada no período noturno. A preocupação com a cicladora, os ruídos do aparelho, o desconforto do líquido abdominal devido ao volume e à ciclagem do líquido, o decúbito exigido para a terapia, dispneia, dentre outros fatores, podem comprometer o descanso adequado do usuário (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)

3.4.1.1.6 *Solidão e Interação Social*

Orem (2001) refere-se à manutenção de equilíbrio entre solidão e interação social a qualidade e o equilíbrio necessário entre o desenvolvimento da autonomia pessoal e os relacionamentos sociais. Construir laços afetivos, de amor e de amizade promove o funcionamento eficaz dos indivíduos sendo necessário, para tanto, o desenvolvimento de capacidades individuais para a interação social. O indivíduo deve proporcionar condições de proximidade com o propósito tanto de dar continuidade ao seu desenvolvimento de autonomia individual quanto para favorecer seu ajustamento nas participações em grupos.

O indivíduo com DRC vivencia mudanças no estilo de vida que refletem em alterações tanto no contexto da experiência particular quanto em suas relações sociais (CRUZ e ARAÚJO, 2010). Para Furtado (2010), essas relações abalam-se fortemente em similitude proporcional ao avanço da patologia. As restrições impostas pela doença e tratamento afetam as interações, visto que os indivíduos passam a não realizar as atividades que executavam anteriormente. A adequação aos horários da nova rotina imposta pelo tratamento requer acomodação por parte da pessoa e, muitas vezes, levam à redução das atividades interpessoais e ao isolamento social. (SANTOS e VALADARES, 2011)

Santos, Rocha e Berardinelli (2011) apontam sobre os prejuízos na recreação e lazer dos indivíduos em diálise, pois o tratamento ocasiona uma série de mudanças em suas vidas. As atividades de lazer promovem distração e faz com que a pessoa esqueça por alguns momentos as dificuldades e preocupações. Os autores destacam o descanso, a reflexão sobre a realidade, a imaginação, a criatividade, a atenuação do estresse, a renovação de energia e a tranquilidade como alguns benefícios do lazer e da recreação.

Além disso, os prejuízos funcionais e o grau de dependência inerente à doença e intensificados pelas comorbidades associadas, idade e estratégias de enfrentamento ineficazes corroboram para o desequilíbrio nos relacionamentos sociais (FURTADO, 2010; SANTOS e VALADARES, 2011)

Lai, Kisielius e Palmer (2013) e Azevedo et al (2014) discutem a alta prevalência de disfunção sexual nos pacientes com doença renal crônica com alto impacto na qualidade de vida sendo associada ao estado de uremia, neuropatia, disfunção autônoma, vasculopatia, depressão e uso de medicamentos (AZEVEDO, SANTOS, *et al.*, 2014; LAI, KISIELIUS e PALMER, 2013). Os indivíduos cursam com redução da libido, disfunção erétil, transtornos menstruais e infertilidade. A impotência pode acometer 70% dos homens tratados com diálise. Lai, Kisielius e Palmer (2013) também acrescentam a prevalência de problemas conjugais nos

indivíduos renais, podendo chegar a 50%. O conflito conjugal pode estar associado à percepção do peso da doença, sendo mais pronunciado nas mulheres.

As alterações na imagem corporal dada a condição clínica da doença, em virtude da presença de cateter, alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento principalmente em crianças e adolescentes, fazem com que os pacientes renais se sintam vítimas de preconceito, o que gera dificuldade de relacionamento com os demais por se sentirem diferentes de seus pares (ABREU, KOURROUSKI, *et al.*, 2014).

3.4.1.1.7 Prevenção de Perigos da Vida Humana, ao Funcionamento e ao Bem-Estar

Significa que o indivíduo deve estar alerta para os tipos de perigos que possam ocorrer e tomar medidas para prevenir eventos que possam levar ao desenvolvimento de situações de risco. Inclui a remoção ou a proteção de situações perigosas e o controle de riscos nas situações em que os perigos não possam ser eliminados (OREM, 2001, p. 227).

A prevenção de outros agravos à saúde no doente renal impacta na sobrevivência e na qualidade de vida do indivíduo. Isso inclui aspectos físicos, emocionais e psicológicos.

Das doenças relacionadas à doença renal crônica, destacam-se a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* e as cardiopatias. Essas patologias, além de serem os mais importantes fatores associados à etiologia da doença renal, representam os principais determinantes da piora do prognóstico durante o curso do tratamento e a causa de mortalidade de um número considerável de pacientes em diálise (MS, 2014). Segundo dados da SBN (2013), a taxa de mortalidade anual dos pacientes em terapia renal no ano de 2013 foi de 17,9%. Dessa forma, medidas que reduzam os fatores de risco modificáveis devem ser incentivadas com vistas à prevenção de desfechos clínicos temidos na DRC como a mortalidade cardiovascular.

No atendimento a esse requisito de autocuidado, também é importante a investigação quanto ao tabagismo, etilismo e outras drogas haja vista os prejuízos e agravos ao estado de saúde que o uso desses produtos pode causar ao renal crônico. Além de contribuírem para o advento de outras afecções, eles diminuem a imunidade e trazem prejuízos para a ação de medicamentos (FELIX, 2009)

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS, 2014), o abandono do tabagismo e outros agentes tóxicos devem receber a atenção da equipe na avaliação periódica mensal bem como no aconselhamento e suporte sobre mudança do estilo de vida para a prevenção e controle das comorbidades associadas.

3.4.1.1.8 *Promoção da Saúde*

Para o alcance desse requisito, Orem (2001) destaca que por parte do indivíduo deve haver o desenvolvimento e manutenção de autoconceito realista. A pessoa deve tomar medidas para evoluir como ser humano saudável e promover sua integridade e funcionamento adequados.

Buss (2000) sustenta seu conceito de promoção da saúde como o produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação, habitação, educação, trabalho, ambiente físico, apoio social, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

A promoção à saúde ao indivíduo renal inicia-se na atenção básica com vistas à prevenção da progressão da doença. Na fase dialítica, o enfoque é dado à qualidade e eficiência do tratamento e ao controle e prevenção de fatores de risco modificáveis e de outros agravos à saúde (RIELLA, 2014). Nesse caso, o enfoque ao indivíduo na busca do seu engajamento no autocuidado objetiva a busca pelo bem-estar, a adesão às condutas terapêuticas e a prevenção de outras doenças (FELIX, 2009)

Sabe-se que o sistema imune dos usuários renais encontra-se comprometido ao longo da progressão da doença devido à redução na produção de anticorpos à medida que a taxa de filtração de filtração glomerular decresce o que reflete na dificuldade de soroconversão a alguns imunógenos (MS, 2014). Assim, a susceptibilidade desses indivíduos às doenças transmissíveis é um aspecto que deve ser avaliado com atenção por parte da equipe assistencial. Segundo o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (2014) e a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que trata das boas práticas nos serviços de diálise no Brasil (MS, 2014), a imunização atualizada contra a Hepatite B e Influenza em usuários renais devem ser verificadas e acompanhadas rotineiramente por se tratarem de grupo de risco para o desenvolvimento dessas doenças (MS, 2014)

O diagnóstico precoce de outras afecções também é fator importante para a redução de morbi-mortalidade nos indivíduos renais. A vigilância através de avaliações preventivas periódicas é fundamental para que se antecipem os cuidados no tratamento. Dessa forma, investigações acerca do rastreamento de neoplasias devem fazer parte da avaliação do paciente renal com vistas à promoção de sua saúde (MS, 2014)

3.4.1.2 Indicadores Empíricos nos Requisitos de desenvolvimento

Para Orem (2001), os requisitos de desenvolvimento são ações de autocuidado ou condições necessárias voltadas para as adaptações às situações do ciclo vital relacionadas às situações normais ou de crise. Segundo a autora, o desenvolvimento humano é um processo dinâmico e flexível que envolve ocorrências e eventos nas diversas fases da vida sendo que esses acontecimentos são relevantes para a formação estrutural, funcional e comportamental do indivíduo uma vez que o direcionam para níveis mais elevados e complexos de amadurecimento.

Cada pessoa se desenvolve individualmente, de forma única na sociedade. As condições e recursos que promovem o desenvolvimento natural das pessoas variam de acordo com o seio familiar, a comunidade e a sociedade na qual pertencem. Cada indivíduo ao longo de sua vida experimenta condições internas e externas que podem influenciar adversamente o desenvolvimento (OREM, 2001). Conforme Salcedo-Álvarez et al (2012), existem nove situações relevantes que podem interferir no desenvolvimento humano e na capacidade de autocuidado: privação educacional, problemas de adaptação social, perda de familiares ou amigos, perda de bens ou de trabalho, mudança brusca de condição de vida, alteração da posição social ou econômica, doença ou invalidez, doença terminal e perigos ambientais.

Sabe-se que a depender da etiologia da doença renal crônica o seu aparecimento pode ocorrer em diferentes etapas do ciclo vital do indivíduo. Nessa perspectiva, cabe a investigação sobre o início da doença e seus efeitos e ou prejuízos nas fases de desenvolvimento. A busca de informações acerca das adaptações da pessoa à DRC e o que ela tem feito para acomodar os efeitos deletérios da doença são parte importante para a avaliação do enfermeiro no intuito de conhecer o que deve ser implementado, bem como para identificar os fatores envolvidos que interferem nesse requisito a fim de serem sanados ou minimizados.

Desta forma, nos requisitos de desenvolvimento, há que se observarem indicadores empíricos que apresentem aspectos relativos ao início da doença renal crônica, fase da vida na qual a doença foi diagnosticada, alterações do percurso do ciclo vital derivadas do processo crônico de adoecimento e processos adaptativos às limitações advindas da enfermidade.

3.4.1.3 Indicadores Empíricos nos Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde.

Para o alcance dos requisitos de desvios de saúde, torna-se necessário que o indivíduo busque novas formas de ações de autocuidado requeridas em situações de processos patológicos, incapacidades ou limitações (OREM, 2001, p. 233; ALLIGOOD, 2014). São

exigências de autocuidado que requerem na maioria das vezes a modificação de autoconceito, da autoimagem, o conhecimento e consciência acerca da enfermidade e a busca de novos modos de autocuidado com vistas à satisfação das demandas quando o processo de vida normal é interrompido.

De acordo com Orem (2001), as ações requeridas nas condições de desvios de saúde englobam a conscientização do estado patológico, do seu tratamento e dos seus efeitos e resultados; envolve também a busca e garantia de assistência profissional adequada; a execução de medidas prescritas e a aceitação de si como estando num estado especial de saúde no qual exige formas específicas de cuidado e modificações no estilo de vida com vistas à recuperação ou controle de sua saúde e à continuação do seu processo de desenvolvimento.

3.4.1.4 Indicadores Empíricos nos Requisitos de Cuidado de Dependente

Na atividade de cuidar do outro, o indivíduo experimenta mudanças no seu modo de viver que geram modificações e insatisfações em sua qualidade de vida. As repercussões podem gerar prejuízos na vida pessoal, social, laboral e afetiva o que refletem nos sinais de sobrecarga devido ao acúmulo de tarefas e frequentemente pela indisponibilidade de ajuda de outros membros da família (BRITO, 2009).

A sobrecarga pode ser expressa por problemas emocionais, com queixas múltiplas, incluindo cansaço, alteração do ciclo sono-vigília, irritabilidade, alteração do humor, dentre outros, assim como problemas psíquicos, manifestados por desordens como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012).

Além desses aspectos, a responsabilidade do cuidador em manusear aparelhos e tecnologias antes desconhecidas por ele e a preocupação constante com o indivíduo doente são outras fontes consideráveis de estresse para a pessoa que cuida (BRITO, 2009). O cuidador de usuário de DP tem a responsabilidade de aprender e manipular o aparelho de diálise, além de garantir o tratamento diário e contínuo livre de riscos ou danos ao indivíduo renal. Além disso, envolve-se no cuidado à obediência às restrições impostas pela doença e tratamento como limitações da dieta e ingestão de líquidos, administração de medicamentos e garantia do seguimento ambulatorial adequado. A responsabilidade por esses cuidados pode gerar sobrecarga emocional e física com repercussões em vários aspectos de sua vida (LOMBA, LAMEIRINHAS, *et al.*, 2014; CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013)

Nos estudos de Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011), são estabelecidas algumas variáveis a serem consideradas na avaliação dos cuidadores: capacidade cognitiva, estabilidade emocional, limitações físicas que possam comprometer o desenvolvimento das atividades requeridas, estado geral de saúde, capacidade para trabalhar e lidar com o corpo de outra pessoa, nível de ansiedade, comunicação, motivação e desejo para ajudar o outro.

Nesse sentido, através da associação dessas variáveis, foi possível o agrupamento dos dados em quatro categorias (capacidade psicoemocional para cuidar, capacidade técnica para cuidar, capacidade física para cuidar e motivação para cuidar). Essas referências dos autores foram importantes para a construção dos dados na identificação dos indicadores empíricos do cuidado de dependente.

3.5 ÍNDICE DE KATZ, ESCALA DE LAWTON E ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW

Existem diversos instrumentos padronizados e validados que auxiliam na avaliação de dependência, capacidade funcional e sobrecarga. Dentre eles, destacam-se o Índice de Katz, a Escala de Lawton e a Escala de Zarit Burden Interview (ZBI).

3.5.1 Avaliação do Grau de Dependência e de Funcionalidade – Índice de Katz e Escala de Lawton.

As doenças crônicas degenerativas podem favorecer declínios mentais e funcionais e aumentar o risco em desenvolver incapacidades que podem resultar em dependência total ou parcial no desenvolvimento de atividades. Desta forma, a avaliação funcional tem como objetivo mensurar a limitação da doença e seus agravos no desempenho de tarefas cotidianas relacionadas ao autocuidado e a questões sociais e identificar o grau de necessidade de auxílio do outro (BORGES e MOREIRA, 2009; MELO e SAINTRAIN, 2009; DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007).

Alguns instrumentos podem ser utilizados para a avaliação da capacidade funcional de indivíduos. Nessa mensuração, consideram-se as atividades relacionadas ao autocuidado e desempenho de atividades básicas da vida diária (AVDs) e também, aliadas às tarefas mais complexas que se relacionam com a vida social da pessoa, ditas como atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). No primeiro caso, um instrumento bastante difundido e utilizado é o Índice de Katz - Index of ADL (*Index of Activity Daily Living*), de autoria de Sidney Katz. De acordo com o instrumento, o grau de independência é atingido quando o

indivíduo é capaz de desempenhar um total de seis funções descritas sem o auxílio, supervisão ou a orientação de terceiros (DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007). (Anexo A)

As seguintes tarefas cotidianas são avaliadas quanto ao nível de independência no Índice de Katz: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se, manter controle sobre necessidades fisiológicas e alimentar-se. O raciocínio de Katz está baseado na premícia de que existe um padrão lógico de evolução no declínio das funções e na perda da capacidade para o desempenho das atividades de vida diária (DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007; UESUGUI, 2011).

A classificação como dependente ou independente é determinado através da avaliação do escore que apresenta uma variação de “A” a “G”, sendo “A” a independência para todas as atividades e “G” dependente para todas elas (DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007; UESUGUI, 2011; MELO e SAINTRAIN, 2009) (Quadro 1). Com o objetivo de simplificar a classificação do Index, Rubenstein e colaboradores desenvolveram, com a anuência de Katz, uma nova classificação baseada em três categorias: mais funcional ou mais independente (Katz A e B), funcionalidade intermediária (Katz C, D e E) e menos funcional ou mais dependente (Katz F e G). A categoria “outros” foi excluída (Quadro 2)(DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007). Foi utilizada essa classificação no presente estudo por se mostrar interessante e confiável e por reduzir o número de variáveis analisadas. Os quadros 1 e 2 apresentam as duas classificações.

Quadro 1 - *Index of Independence in Activities of Daily Living de Katz* (original)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F.

Fonte: Katz (1963)

Quadro 2- *Index of Independence in Activities of Daily Living* de Sidney Katz, modificado por Rubenstein.

Classificação funcional	Index ADL de Katz
Mais funcional	Katz A, B
Funcionalidade Intermediária	Katz C, D, E
Menos funcional	Katz F, G

Fonte: Rubenstein et al (1984)

Para a avaliação das AIVDs, a Escala de Lawton, elaborada por Lawton e Brody, é um instrumento que contribui para a determinação do grau de dependência e adaptação ao meio social. Constitui-se na capacidade do desenvolvimento de tarefas mais complexas e relaciona-se com a participação do indivíduo no seu contexto social e com a possibilidade de ter vida comunitária independente (BORGES e MOREIRA, 2009; JAHANA e DIOGO, 2007). Em outras palavras, a escala verifica se o indivíduo é capaz de viver sozinho (UESUGUI, 2011). Atividades como usar o telefone, deslocar-se de um lugar para o outro, realizar compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, manipular medicamentos e controlar finanças são avaliadas e pontuadas através de nove perguntas que possuem três alternativas de resposta: Sem ajuda, Com ajuda parcial e Não consegue. A primeira alternativa, que garante três pontos na escala, indica independência; o segundo, ao qual lhe é atribuído dois pontos, indica dependência parcial e o terceiro, que indica dependência total, é garantido um ponto na avaliação (Anexo B). A Escala possui uma pontuação máxima de 27 pontos, sendo o maior escore atribuído ao maior grau de independência (MELO e SAINTRAIN, 2009; JAHANA e DIOGO, 2007; UESUGUI, 2011). O quadro 3 apresenta a pontuação da escala conforme o grau de dependência.

Quadro 3 - Pontuação da Escala de Lawton conforme o grau de dependência.

Classificação	Pontuação segundo a Escala de Lawton
Independência	19 a 27 pontos
Capacidade com ajuda	10 a 18 pontos
Dependência	01 a 09 pontos

Fonte: Melo e Saintrain (2009)

O Índice de Katz e a Escala de Lawton são dois instrumentos que se complementam na avaliação da funcionalidade de indivíduos e foram utilizados neste estudo para dar suporte a avaliação do grau de dependência dos usuários em DP.

3.5.2 Avaliação da Sobrecarga de Cuidadores – Escala de *Zarit Burden Interview (ZBI)*

Para Cardoso et al (2012), a sobrecarga de cuidador é caracterizada pela experiência de “fardo a carregar” descrita por mudanças negativas no cotidiano relacionadas ao processo de cuidado, implementação de hábitos e maiores responsabilidades. As mudanças ocorridas, muitas vezes, requerem adaptações que podem interferir nas necessidades do cuidador, causar acúmulo de responsabilidades, gerarem estresse e repercutir na qualidade de assistência ofertada aos dependentes (BANDEIRA, CALZAVARA e CASTRO, 2008).

Para a avaliação da sobrecarga de cuidadores, a Escala de *Zarit Burden Interview* – ZBI, proposta por Zarit & Zarit, é um instrumento validado e muito utilizado no Brasil (SEIMA e LENARDT, 2011; SEQUEIRA, 2010). Nela, aspectos relacionados à prestação de cuidado, bem como as expectativas do cuidador frente à atividade de cuidar são avaliadas segundo dimensões objetivas e subjetivas e, dessa forma, busca-se mensurar o grau de estresse dos cuidadores. A escala auxilia na determinação do impacto na saúde, na vida social, emocional e econômica do cuidador em relação às atividades desenvolvidas no cuidado com o outro (UESUGUI, 2011; SEQUEIRA, 2010).

O instrumento constitui-se de uma lista contendo 22 perguntas na qual o cuidador expressa sua percepção em relação à atividade de cuidar. A maneira como o cuidador se sente quando cuida de outra pessoa é registrada numa frequência que varia de 0 a 04 pontos sendo cinco as alternativas de resposta: nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2; frequentemente=3, ou sempre=4. (Anexo C). O somatório da pontuação define o nível de sobrecarga do cuidador, sendo o maior escore atribuído a maior sobrecarga. O escore total da escala é obtido através do somatório dos itens e pode variar de 0 a 88 pontos (SCAZUFCA, 2002). Associado a essa pontuação, é utilizado ponto de corte para diagnóstico da sobrecarga que obedece a seguinte classificação: sobrecarga severa, escores entre 61 e 88; moderada a severa, entre 41 a 60; sobrecarga moderada, entre 21 a 40; e ausência de sobrecarga, escores inferiores a 21 pontos (GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012; SCAZUFCA, 2002). O quadro 4 apresenta a pontuação e a classificação da sobrecarga.

Quadro 4 - Pontuação da Escala de ZBI conforme o nível de sobrecarga

Classificação da Sobrecarga	Pontuação segundo a Escala de ZBI
Sobrecarga severa	61 a 88 pontos
Sobrecarga moderada a severa	41 a 60 pontos
Sobrecarga moderada	21 a 40 pontos
Ausência de sobrecarga	Menos de 21 pontos

Fonte: Gratao et al (2012); Scazufca (2002).

A utilização da Escala de ZBI neste estudo teve como objetivo a complementação da avaliação da capacidade psicoemocional dos cuidadores em DP através da obtenção de dados acerca do nível de estresse e sobrecarga desses indivíduos e sua relação com o grau de dependência, funcionalidade e duração da relação de dependência entre usuário e cuidador.

3.6 A UTILIZAÇÃO DA TEORIA DE OREM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR

Na fase de manutenção do usuário em programa de DP domiciliar, a consulta de enfermagem é parte importante da assistência ao usuário e cuidador e dá à atividade do enfermeiro um caráter profissional, sendo essa prática uma ação privativa de seu exercício prevista na legislação vigente (BRASIL, 1986). Segundo a regulamentação da Resolução 159/93 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em todos os níveis de atenção à saúde, quer seja no âmbito público ou privado, a consulta de enfermagem é obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem (MACÊDO, SENA e MIRANDA, 2013; BRASIL, 2011; BRASIL, 1986).

A realização da consulta pelo enfermeiro tem como princípio e objetivos fundamentais o conhecimento das necessidades de cuidados do indivíduo. É um momento de encontro entre o profissional e o usuário no qual o enfermeiro, através de método sistemático e organizado, identifica os problemas de saúde do indivíduo e procura solucioná-los ou controlá-los através da organização e implementação dos cuidados (OLIVEIRA, QUEIROZ, *et al.*, 2012; ALFARO-LEFEVRE, 2010). A consulta é uma estratégia resolutiva que abrange o Processo de Enfermagem, composto por uma série de passos (coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação), e é compreendido por Rossi e Casagrande (2001) como o mecanismo pelo qual o conhecimento científico da enfermagem é aplicado na prática profissional (ROSSI e CASAGRANDE, 2001)

Sabe-se que o usuário em DP tem muitas demandas de cuidados e o momento da consulta de enfermagem, através de assistência sistematizada, pode ter grande contribuição na saúde e manutenção do tratamento adequado. Nessa perspectiva, a abordagem ao usuário na consulta não pode se limitar a cuidados rotineiros como verificação de peso, sinais e vitais e inspeção do cateter. Ao contrário, deve atribuir prestação de cuidados às reais necessidades dos indivíduos, identificando os problemas e primando por assistência integral e de qualidade (FIGUEIREDO, 2006; BEZERRA, 2013)

Quando é atribuído à assistência de enfermagem um aspecto científico, fundamentado em algum modo de pensar sistemático, isso se aproxima da construção do cuidado integral e afasta-se do foco biológico e patológico puro e simples. A sistematização dos cuidados, com base nos modelos teóricos, guia e aprimora a prática, dirige a observação dos fenômenos, orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das intervenções e dos resultados de enfermagem (MACÊDO, SENA e MIRANDA, 2013;

FURTADO, 2010; SOUZA, 2001). Como bem definem Tannure e Pinheiro (2011, p. 27), “o processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem.”

Sendo a DP um tratamento essencialmente domiciliar, o que ordena o engajamento do usuário e cuidador no processo de cuidar, tem-se o momento da consulta de enfermagem como a oportunidade de orientação do usuário ao autocuidado e ao cuidado de dependente e, nesse sentido, a exigência de uma concepção teórica que oriente a assistência do enfermeiro para essa perspectiva de cuidado (FIGUEIREDO, 2006; FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005; BRANCO, 2009)

Não há como falar de diálise peritoneal sem se referir ao autocuidado e ao cuidado de dependente. Esses conceitos são partes essenciais do contexto e do cotidiano dessas pessoas. A Teoria de Orem abrange o indivíduo, o cuidador e família, bem pertinente para a realidade da diálise peritoneal domiciliar que necessita do envolvimento desses membros com vistas à promoção do cuidado. Esse constructo permite o conhecimento das necessidades reais desse sistema, bem como a identificação das lacunas da atenção do enfermeiro e o modo para implementá-las.

Para Orem (2001), o processo de enfermagem é uma sucessão de ações regulares que acontecem ou são desempenhadas de maneira definida e contínua. É uma operação que guia a prática da enfermagem, o seu planejamento e a avaliação dos resultados. Segundo a autora, esse processo tecnológico está operacionalizado em três passos: (1) diagnóstico e prescrição, que determinam a necessidade da enfermagem e os meios a serem utilizados para preencher as demandas, e a análise e interpretação, que permitem o julgamento em relação ao atendimento; (2) delineamento inicial dos sistemas de enfermagem e do plano para o fornecimento do atendimento. Isso permite a seleção de maneiras válidas para auxiliar o indivíduo, ou seja, o que será feito somente por ele, por ambos ou somente pela enfermagem; (3) planejamento e controle no qual o enfermeiro regula os sistemas de enfermagem ajustando-os continuamente conforme as necessidades e capacidades de autocuidado e cuidado de dependente.

Assim, conforme simplifica Queirós, Vidinha e Almeida-Filho (2014) o processo de enfermagem de Orem permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planejamento e intervir. Para atingir esses objetivos, são necessários a determinação dos requisitos de autocuidado, a determinação da competência para o autocuidado, a determinação da necessidade terapêutica, a mobilização das competências do enfermeiro e o planejamento da assistência nos sistemas de enfermagem. (QUEIRÓS, VIDINHA e ALMEIDA FILHO, 2014)

Compreende-se que o indivíduo renal crônico que realiza a diálise domiciliar necessita de orientações e cuidados de enfermagem específicos que se estendem para além do âmbito hospitalar, ou seja, aos cuidados a serem realizados no domicílio. Essa clientela possui demandas particulares e fatores diferentes que afetam o seu cuidado os quais exigem medidas de atenção diferentes para minimizá-los. A estrutura do modelo de Orem oferece fundamento teórico para satisfazer as necessidades individuais percebidas através dos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde e através das demandas de cuidado de dependente em usuários em DP.

O presente estudo utiliza o modelo conceitual de Orem e é nessa perspectiva que se propôs desenvolvê-lo. Acredita-se que a utilização desse modelo no usuário de DP possa melhorar a prática de enfermagem nessa clientela, pois, ao gerar conhecimento acerca dos déficits de autocuidado e de cuidado de dependente, tem-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem e a determinação da prescrição e do plano de cuidados, ou seja, todo o processo de enfermagem, para que o indivíduo consiga sanar ou controlar seus déficits e, conseqüentemente, realizar seu autocuidado e cuidado de dependente.

Como enfermeiros, há a preocupação constante com a melhoria da assistência e em testar a teoria de enfermagem que se acredita ser útil para a prática e que leve ao desenvolvimento da construção da ciência do cuidado. Conforme discute Queirós, Vidinha e Almeida-Filho (2014), o conhecimento de enfermagem é a experiência que se cria, estrutura e reestrutura através do movimento de constante vaivém entre o uso da teoria e a prática.

Assim, utilizar um modelo de consulta orientada pela teoria de enfermagem de Orem aos usuários de DP fundamenta a sistematização do cuidar, constrói o corpo de conhecimento exclusivo da enfermagem nessa clientela e delimita a sua atuação frente às outras categorias profissionais envolvidas no processo terapêutico.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, de corte transversal, com abordagem de natureza qualitativa.

Foi dividido em duas partes designadas como Estudo 1 e Estudo 2 sendo que no primeiro estudo consta a estruturação do instrumento de coleta de dados a partir da revisão sistemática da literatura (Fase 1). No segundo estudo, insere-se a aplicação do instrumento de coleta de dados (Apêndice A) com o objetivo de identificar os déficits de autocuidado e do cuidado de dependente (Fase 2); a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento dos sistemas de enfermagem e intervenções (Fase 3) e, por fim, a esquematização do Modelo descritivo de unidade de Cuidado de Dependente para o usuário de DPAC a partir dos dados obtidos e em conformidade com o modelo proposto por Orem (2001), Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011) (Fase 4) conforme apresentado na Figura 3.

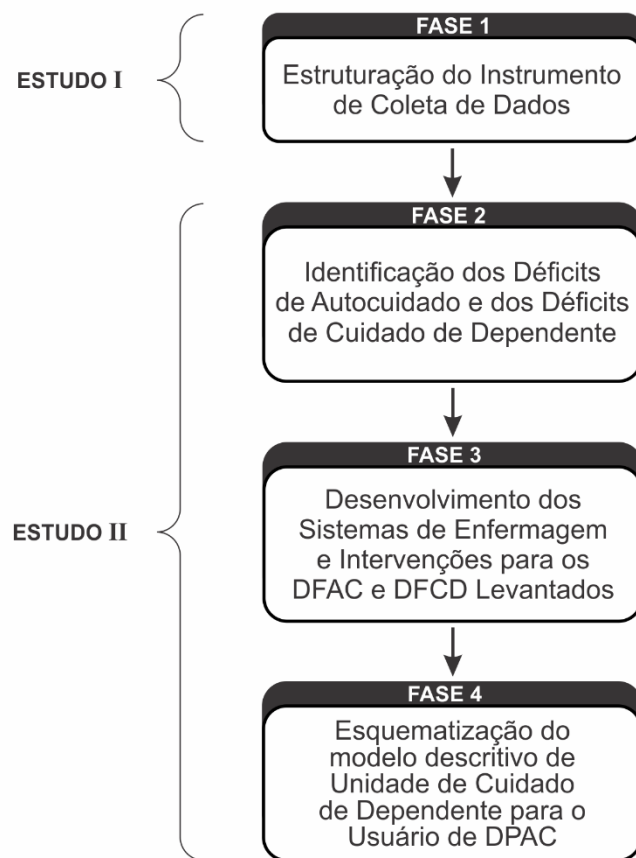


Figura 3- Esquema do percurso metodológico da pesquisa. Brasília- DF, 2015

4.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Diálise do Hospital Universitário de Brasília, hospital público, de médio porte e de natureza de ensino. O local de estudo foi escolhido por se tratar de uma instituição de referência para o tratamento de indivíduos renais nessa modalidade dialítica, pela facilidade de acesso e por ser o local de trabalho da pesquisadora.

O Centro de diálise tem capacidade para atender 50 (cinquenta) usuários renais crônicos em programa de diálise peritoneal domiciliar. O Programa é conduzido por equipe multiprofissional e interdisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogo, assistente social e técnicos de enfermagem. O serviço possui manuais técnicos de rotina e procedimentos elaborados pela própria equipe do Centro em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11 de 13 de março de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece o regulamento técnico dos serviços de diálise no Brasil (MS, 2014).

O Programa de Diálise Peritoneal Domiciliar do Hospital Universitário de Brasília iniciou as atividades em 05 de agosto de 1987 com a admissão e treinamento do primeiro usuário em DPAC. Ao longo dos anos, o serviço foi sendo estruturado, foram adquiridos materiais e componentes do sistema de DP e, em 2004, o serviço obteve as máquinas cicladoras. (SILVA, 2011)

Os usuários renais crônicos são inseridos no programa provenientes do Ambulatório de Doença Renal Crônica e das unidades de internação do próprio hospital ou de serviços ambulatoriais de outras instituições. O Programa admite também indivíduos de outras modalidades dialíticas - hemodiálise e transplante renal.

O fluxograma para admissão do usuário no programa de DPAC é apresentado na figura 4.

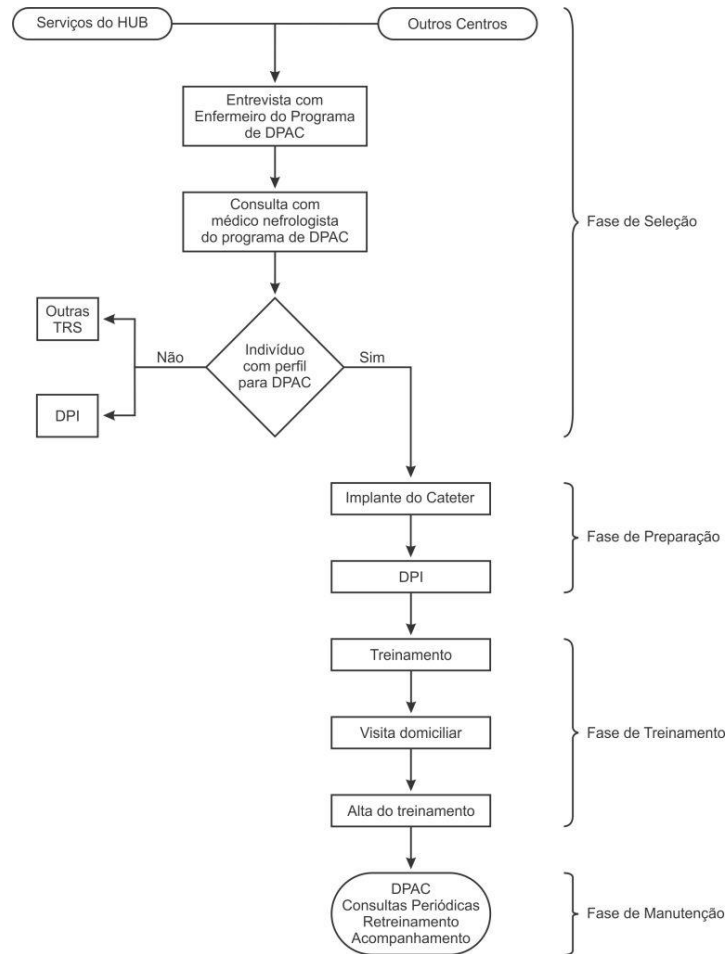


Figura 4- Fluxograma de atendimento ao usuário de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua do Hospital Universitário de Brasília.

Observa-se pelo fluxograma da Figura 4 que o enfermeiro do programa de DPAC é o primeiro contato do usuário ao iniciar a avaliação para possível ingresso na modalidade dialítica. Nessa oportunidade, o enfermeiro realiza uma avaliação denominada Entrevista ao qual é guiada por um roteiro estruturado elaborado pelos enfermeiros do programa. Esse momento tem como objetivo a seleção do usuário através da identificação do seu perfil para a realização da terapia.

O enfermeiro apresenta a terapia dialítica ao usuário e familiares. Utiliza-se o recurso didático do álbum seriado com ilustrações para facilitar a compreensão do processo da diálise peritoneal, seus componentes, modalidades e estrutura domiciliar exigida. Nesse momento, também são identificadas contraindicações absolutas e relativas; a competência do usuário para realizar a diálise domiciliar; as condições de habitação; identificação de possíveis cuidadores e a motivação do usuário e família quanto à proposta apresentada.

Na sequência, o usuário vai à consulta com o médico nefrologista do programa de DPAC quando realiza avaliação clínica geral, verifica presença de comorbidades, determina o estadiamento da doença renal com o propósito de estimar o início da terapia dialítica, examina a região abdominal para escolha do melhor método para implante do cateter de diálise e agenda o procedimento com o usuário e família conforme cada caso. A intervenção cirúrgica pode ser realizada pelo próprio médico nefrologista no Centro de Diálise em sala de procedimentos apropriada ou no Centro Cirúrgico da instituição pelo cirurgião geral.

O treinamento é realizado em espaço próprio e consiste na orientação do usuário e cuidador quanto ao manejo da terapia dialítica. Nessa etapa, é organizada a visita domiciliar. Quando o treinamento é concluído, o enfermeiro avalia a capacidade do usuário e cuidador e, estando aptos para realizar a terapia em regime domiciliar, ocorre a alta do treinamento e inicia-se a etapa de manutenção.

Nessa última etapa, que se refere às consultas e exames periódicos para acompanhamento do indivíduo ao longo do tratamento, o usuário desloca-se para a Unidade para atendimento com a equipe multidisciplinar do programa de DPAC, quando é realizada a consulta de enfermagem e, em seguida, ocorre a consulta médica e os encaminhamentos a outros profissionais conforme cada caso.

4.3 PARTICIPANTES

A população deste estudo foi constituída pelos usuários renais crônicos admitidos no Centro de Diálise em programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua no Hospital Universitário de Brasília e com registros ativos no período de coleta de dados (outubro a dezembro de 2014).

A amostra foi do tipo conveniência e constituída pelos usuários com diagnóstico de doença renal crônica dialítica, com no mínimo 90 (noventa) dias de ingresso no programa de diálise peritoneal domiciliar, de ambos os sexos, independente da faixa etária, que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Foram incluídos, na amostra, menores de dezoito anos e indivíduos mentalmente incapazes. Como a pesquisa abrange a Teoria do Déficit do Autocuidado que aborda a assistência a usuários com dependência de cuidados, justificou-se em incluir esse grupo com autonomia diminuída com o intuito de analisar as necessidades de cuidados dessa população na concepção do autocuidado e cuidado de dependente.

Aos participantes com autonomia diminuída foram oferecidos o Termo de Assentimento aos seus representantes legais. O documento, à semelhança do TCLE, pretendeu alcançar a totalidade da compreensão do indivíduo e do seu cuidador a fim de que houvesse o entendimento total das implicações da participação na pesquisa. Foram elaborados dois Termos de Assentimento distintos (Apêndices C e D). O primeiro designado para menores de dezoito anos e outro para os participantes com incapacidade mental. Este último foi elaborado de forma que o representante legal compreendesse que ele seria o responsável por todas as informações prestadas no momento da entrevista.

Foram excluídos os usuários com lesão renal aguda, usuários em regime de internação, usuários em condições clínicas que os impossibilitassem à participação no estudo, usuários com menos de três meses de terapia domiciliar e os que se recusaram a participar da pesquisa.

Para fins do presente estudo, cuidador foi definido como a pessoa que desenvolve atividades de auxílio relacionadas à terapia dialítica domiciliar ao usuário de diálise peritoneal ambulatorial contínua. Os critérios de inclusão para os cuidadores foram: estar exercendo o papel de cuidador há mais de três meses em relação à Diálise Peritoneal, ter recebido o treinamento em diálise peritoneal pela equipe do Centro de Diálise e ter aceitado participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do total de 19 usuários em programa no Centro de Diálise no período da coleta de dados (outubro a dezembro de 2014), dois foram excluídos. O primeiro por estar em regime de internação por complicação de Peritonite e o segundo em seguimento de diálise domiciliar há apenas 01 (um) mês. Assim, a amostra final de usuários foi constituída por 17 indivíduos. A partir desta amostra, foram incluídos todos os respectivos cuidadores sendo que 05 usuários não possuíam cuidador, 01 usuário possuía três cuidadores, perfazendo ao final um total de 14 cuidadores que fizeram parte da amostra.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, pela pesquisadora, por meio de entrevista e análise do documento prontuário, nos meses de outubro a dezembro de 2014, sempre às terças, quartas e quintas-feiras no período da manhã por serem os dias e turno da agenda destinada à consulta médica e de enfermagem dos usuários do programa. O local utilizado foi a sala destinada ao treinamento dos usuários. O tempo de duração da entrevista com o usuário foi de aproximadamente 40 minutos e com o cuidador, 30 minutos. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora.

Alguns usuários residiam fora de Brasília ou possuíam alguma dificuldade de transporte, o que tornou necessário o contato prévio por telefone para agendamento da entrevista. Quando os cuidadores não acompanhavam o usuário em suas consultas periódicas, foi necessário o agendamento prévio. No contato inicial, esclareciam-se os objetivos de pesquisa e verificava-se a concordância na participação e, posteriormente, era agendado o dia e horário para a entrevista. Três cuidadores receberam auxílio transporte por parte da pesquisadora.

A entrevista do usuário e do cuidador ocorreram em momentos diferentes. O usuário era entrevistado primeiramente e, em seguida o cuidador. Na entrevista com usuários que dependiam do cuidador para auxílio nas respostas, deixavam-se as questões referentes ao requisito Solidão e Interação Social (item 06 do instrumento de coleta de dados) para serem questionadas em momento particular com o usuário. Caso o usuário não soubesse ou não tivesse condição para responder, o item era marcado como sem resposta.

O conteúdo das entrevistas foram categorizados segundo os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento, de desvio de saúde e de cuidado de dependente e de acordo com a frequência de repetição das respostas encontradas.

4.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi construído em duas partes a partir de revisão narrativa da literatura sendo uma destinada ao usuário e outra ao cuidador. Para tanto, seguiram-se o modelo estrutural utilizado nos estudos exitosos de Félix (2009) e Bezerra (2013), pois os autores elaboraram instrumentos para coleta de dados utilizando a Teoria de Orem a partir da identificação dos indicadores empíricos. As etapas são apresentadas esquematicamente na figura 5.

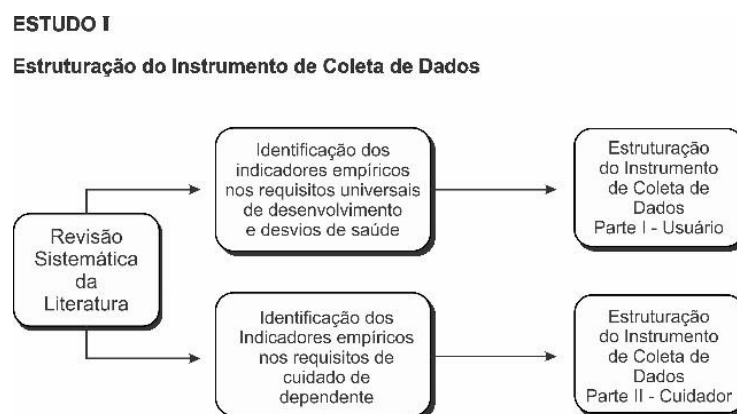


Figura 5- Etapas do Estudo 1.

4.6 REVISÃO DE LITERATURA - indicadores empíricos dos requisitos universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde e os indicadores empíricos de cuidado de dependente.

Para Polit, Beck e Hungler (2004) o propósito geral de uma revisão de literatura de pesquisa é reunir conhecimentos sobre um tópico. A revisão e a síntese das informações baseadas em evidência agregam conhecimentos e melhoram a prática de enfermagem. Nesse estudo, o uso do conhecimento produzido por esse método permitiu a identificação de estruturas teóricas e conceituais relevantes para a construção do instrumento de coleta de dados através da identificação dos indicadores empíricos.

No primeiro momento da pesquisa, para subsidiar a construção do instrumento de coleta de dados, foi realizada revisão narrativa nos dias 17 e 18 de julho de 2014 nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Pubmed/MEDLINE, Scielo, Cinahl e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), além de edições impressas de livros sobre cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em diálise peritoneal que associavam a Teoria de Orem à temática. A busca foi realizada em quatro fases. Na primeira, foram utilizados os descritores “nursing” “self care” e “peritoneal dialysis” na estratégia de busca: “nursing” AND “self care” AND “peritoneal dialysis”. Para a seleção dos estudos, considerou-se os seguintes critérios de inclusão: estar escrito em inglês, português ou espanhol, sem delimitação de ano, ter disponibilizado acesso completo via online, ser artigo, dissertação ou tese.

A busca resultou em 156 estudos, sendo 88 artigos da BVS, 43 da Pubmed, 02 da Scielo, 23 da Cinahl e nenhuma dissertação ou tese na BDTD. Foi realizada leitura dos títulos e resumos para identificar referências que se adequassem aos critérios determinados. Foram descartados 139 artigos por se tratarem de estudos duplicados nas bases de dados ou não correlação com a questão de pesquisa.

Devido ao número reduzido de estudos levantados, a busca foi ampliada no segundo momento utilizando os descritores: “nursing”, “self care” e “dialysis” na estratégia de busca: “nursing” AND “self care” AND “dialysis”. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo, dissertação ou tese, estar escrito em inglês, português ou espanhol, ter sido publicado no período de 2004 a 2014 e ter acesso completo disponibilizado via online.

Este segundo levantamento permitiu resgatar 212 estudos que utilizaram a Teoria de Orem nas terapias dialíticas (hemodiálise e diálise peritoneal) sendo 47 estudos da BVS, 96 da Pubmed, 07 da Scielo, 60 da Cinahl e 02 da BDTD. Foram selecionados 18 estudos e

excluídos 194 por não estarem relacionados aos objetivos da busca e ou por se tratarem de estudos duplicados.

No terceiro momento, foram utilizados os descritores: “nursing”, “self care” e “Orem” na estratégia de busca: “nursing” AND “self care” AND “Orem” com o objetivo de resgatar produções que aplicassem o modelo em outros contextos assistenciais. Foram utilizados os mesmos critérios de inclusão da segunda busca: ser artigo, dissertação ou tese, nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados no período de 2004 a 2014, ter disponibilizado acesso completo via online. Foram levantados 292 artigos sendo 43 artigos da BVS, 23 da Pubmed, 35 da Scielo, 175 da Cinahl e 16 trabalhos da BDTD. Foram selecionados 75 trabalhos e excluídos 217 devido não estarem relacionados ao tema pesquisados ou por estarem indexados em mais de uma base de dados.

Desta forma, foram selecionados 110 estudos provenientes destas três estratégias de busca sendo que, após leitura exploratória e analítica dos mesmos, foram excluídos 12 resultando num total de 98 trabalhos.

Por fim, no quarto levantamento realizado, objetivou-se resgatar publicações para subsidiar a construção da parte II do instrumento de coleta de dados que se refere ao cuidador. Para tanto, foram levantados trabalhos teóricos referentes à Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea E. Orem, nos escritos de pesquisadores reconhecidos na área de teorias de enfermagem, em textos acerca da Teoria do Cuidado de Dependente, além de 22 artigos que aplicaram a Teoria do Cuidado de Dependente ou algum de seus conceitos encontrados por meio de busca nas bases de dados Pubmed/MEDLINE, Cinahl e Lilacs utilizando a seguinte estratégia de busca: (“dependent-care”) AND (“Orem” OR “self care” OR “self-care deficit nursing theory”).

Para subsidiar a construção do instrumento de coleta, foram pesquisados os instrumentos utilizados em outros estudos realizados como em pacientes em hemodiálise (ROCHA, 2010), cirurgia bariátrica (FELIX, 2009), em oncologia (SALVADORE, 2007; RODRIGUES, 2006) e em diabetes (BEZERRA, 2013) já que foram encontrados poucos estudos voltados especificamente para a Teoria de Orem e a Diálise Peritoneal.

A revisão teve como objetivo subsidiar a estruturação do instrumento de coleta de dados a partir da identificação dos indicadores empíricos quanto aos elementos dos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde e dos requisitos de cuidado de dependente que serão apresentados a seguir.

4.7 INDICADORES EMPÍRICOS – de requisitos universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde e de cuidado de dependente.

A seguir, apresentam-se os indicadores empíricos de DP identificados, a partir da revisão sistemática da literatura.

4.7.1 Indicadores Empíricos dos Requisitos Universais

4.7.1.1 Respiração

Indicadores empíricos: eupneia, dispneia, dispneia à mudança de posição, dispneia ao esforço e movimentação, volume do líquido peritoneal, anemia, tosse, indisposição, cansaço, edema, comorbidades (BARROS, MANFRO, *et al.*, 2006; THOMÈ e PREZZI, 2006; RIELLA, 2014; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; BARROS, 2010).

4.7.1.2 Hidratação

Indicadores empíricos: peso, pressão arterial, quantidade da ingesta, tipos de líquidos ingeridos, quantidade de diurese residual em 24h, sensação de sede, turgor da pele, turgor da língua, edema de membros inferiores, edema periorbital (SEGURO e HELOU, 2006; HELOU e ANDRADE, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; ARAÚJO, LEMES, *et al.*, 2011; MARTINS, 2006; RIELLA, 2014; FIGUEIREDO, 2006; BARROS, 2010).

4.7.1.3 Nutrição

Indicadores empíricos: peso na admissão do programa, peso nos últimos seis meses, peso atual, altura, IMC, albumina sérica, apetite, inapetência, náusea, epigastralgia, padrão alimentar, número de refeições diárias, conhecimento sobre a dieta, alimentos ingeridos, capacidade funcional (MARTINS, 2006; CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012; GUSMÃO, ALMEIDA, *et al.*, 2010; VELOZO, FERRAZ, *et al.*, 2012; CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; GONZÁLEZ e ARANGO, 2006; BARROS, 2010; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007).

4.7.1.4 Eliminação e excreção

Indicadores empíricos: retenção urinária, oligúria, anúria, diurese residual em 24h, hábito intestinal, frequência de eliminação, uso de laxantes, dificuldade de evacuação, fatores

mecânicos, grau de dependência, atividade física (BEVILACQUA e GUERRA, 2000; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; ARAÚJO, LEMES, *et al.*, 2011; RIELLA, 2014; MARTINS, 2006).

4.7.1.5 Atividade e repouso

Indicadores empíricos: atividade física, frequência, limitações físicas, fadiga, cansaço, indisposição, padrão de sono, horas de sono diárias, qualidade do sono, insônia, dificuldade de manter o sono, sonolência diurna, uso de medicações auxiliares no sono, mudanças no ambiente que interferem no sono, terapia dialítica noturna, grau de dependência, grau de funcionalidade (CARREIRA e MARCON, 2003; FELIX, 2009; SANTOS, ROCHA e BERARDINELLI, 2011; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007; MELO e SAINTRAIN, 2009).

4.7.1.6 Solidão e Interação social

Indicadores empíricos: participação em atividades sociais e recreativas, interferência da diálise nas atividades sociais, relacionamento familiar e social, alterações no relacionamento após o início da diálise, relacionamento com o cuidador, disfunção sexual, isolamento social (CRUZ e ARAÚJO, 2008; FURTADO, 2010; SANTOS e VALADARES, 2011; SANTOS, ROCHA e BERARDINELLI, 2011; LAI, KISIELIUS e PALMER, 2013; AZEVEDO, SANTOS, *et al.*, 2014; ABREU, KOURROUSKI, *et al.*, 2014; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; DUARTE, ANDRADE e LEBRÃO, 2007; MELO e SAINTRAIN, 2009).

4.7.1.7 Prevenção de perigos da vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar

Indicadores empíricos: história familiar, comorbidades relacionadas à doença renal crônica (DM, HAS, cardiopatias), história de etilismo, tabagismo, outras drogas, tempo de uso, quantidade de consumo diário (MS, 2014; FELIX, 2009).

4.7.1.8 Promoção da saúde

Indicadores empíricos: exame anual para prevenção de câncer de colo uterino, mama e próstata, avaliação odontológica anual, imunização contra Hepatite B e Influenza (RIELLA, 2014; MS, 2014; FELIX, 2009).

4.7.2 Indicadores Empíricos nos Requisitos de Desenvolvimento

Indicadores empíricos: período do diagnóstico da DRC, mudanças ocorridas após o aparecimento da doença, nível de compreensão da situação, convivência e sentimentos em relação à doença renal, limitações percebidas devido à doença, perspectivas futuras, adaptação à doença (SALCEDO-ÁLVAREZ, GONZÁLEZ-CAAMAÑO, *et al.*, 2012; GEORGE, 2000).

4.7.3 Indicadores Empíricos nos Requisitos de Autocuidado nos Desvios de Saúde.

Indicadores empíricos: conhecimento sobre a doença e tratamento, conhecimento sobre conduta terapêutica e assistencial (manuseio da terapia, cuidados com cateter, complicações, medicações, restrição hídrica e dietética), atitude quanto à manutenção do tratamento (realização da DP diária, assiduidade às consultas periódicas) (ALLIGOOD, 2014; BEZERRA, 2013; FELIX, 2009; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; FIGUEIREDO, 2006)

4.7.4 Indicadores Empíricos nos Requisitos de Cuidado De Dependente

Indicadores empíricos: estado de humor, estado emocional e físico após o início das atividades de cuidador, mudanças ocorridas na vida do cuidador após o início das atividades, número de anos dedicados ao cuidado, horas diárias dedicadas à atividade de cuidador, auxílio para o cuidado, dificuldades no manejo da terapia dialítica e em outras atividades de cuidado, problemas de saúde e limitações físicas, uso de medicamentos, hábitos, atividade física, repercussões da atividade na vida pessoal, social, laboral do cuidador, comunicação, relacionamento usuário-cuidador, vínculo, sobrecarga do cuidador (TAYLOR, RENPENNING, *et al.*, 2001; TAYLOR e RENPENNING, 2011; BRITO, 2009; GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012; LOMBA, LAMEIRINHAS, *et al.*, 2014; CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013; SEIMA e LENARDT, 2011; SCAZUFCA, 2002; SEQUEIRA, 2010; UESUGUI, 2011).

4.8 ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.

O Instrumento para coleta de dados (Apêndice A) foi estruturado em duas partes. A primeira destinada ao usuário, com um bloco inicial, com questões referentes ao perfil sociodemográfico e clínico. Estes dados foram coletados pela análise de prontuários. Em

seguida, o roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas e fechadas construídas a partir do estudo do referencial teórico, levando em consideração a Teoria de Orem - os requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Assim, o instrumento foi estruturado da seguinte forma: identificação, dados sociodemográficos e clínicos, gênero, endereço, naturalidade, grau de instrução, atividade diária, estado civil, religião, renda familiar, dados relativos à diálise peritoneal abordando etiologia da doença renal crônica, procedência e realização de outra terapia renal substitutiva anterior, data do implante do cateter de diálise peritoneal, data do início da diálise peritoneal intermitente, modalidade de tratamento, período de treinamento, tempo de diálise peritoneal, número de cuidadores, grau de parentesco do cuidador, local de realização da diálise, número de peritonites, número e causas de internações desde o início do programa. No bloco seguinte, os dados relativos aos requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde elaborados conforme os indicadores empíricos identificados e, por fim, um espaço para observações de enfermagem e impressões do entrevistador. E, como parte do anexo, o Índice de Katz e a Escala de Lawton com suas respectivas questões.

Na segunda parte do instrumento, destinada ao cuidador, com itens relativos à identificação, gênero, idade, naturalidade, grau de parentesco, se reside com o usuário, escolaridade, atividade diária, estado civil, religião e renda familiar. Na sequência, quatro blocos com os requisitos de cuidado de dependente elaborados através dos indicadores empíricos identificados: questões relativas à capacidade psicoemocional para cuidar, referentes à capacidade técnica para cuidar, em relação à capacidade física para cuidar e, por fim, relativas à motivação para o cuidar. Ao final, foi anexada a Escala de ZBI com 22 questões.

O instrumento foi submetido a um teste piloto em três pessoas o que possibilitou a avaliação, a adequação da linguagem e a reformulação para torná-lo mais confiável e prático. Após a aplicação, foram corrigidos erros de formatação e espaçamento e incluído questões nos itens Atividade e Repouso, Requisitos de desenvolvimento e capacidade psicoemocional para cuidar.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram categorizados e organizados em banco de dados, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel (2010). Posteriormente, foram analisados e estruturados segundo a Teoria Geral de Orem.

Inicialmente, os usuários e cuidadores foram caracterizados conforme o perfil sócio-demográfico e clínico. A seguir, os dados foram analisados em fases. Na primeira, foram identificados os déficits de autocuidado universais, de desenvolvimento e dos desvios de saúde e os déficits de cuidado de dependente. Para tanto, houve a necessidade da definição dos indicadores de déficits de autocuidado e do cuidado de dependente. Neste momento, foram identificados os fatores que afetam o autocuidado e o cuidado de dependente em cada um dos requisitos apresentados.

Na segunda fase, realizou-se a elaboração dos diagnósticos de enfermagem a partir dos déficits de AC e de CD identificados segundo a taxonomia da NANDA Internacional e o desenvolvimento dos sistemas de enfermagem e dos métodos de ajuda. Foram também descritas as principais intervenções de enfermagem para cada diagnóstico reconhecido.

Na última fase, foi delineado Modelo descritivo de unidade de Cuidado de Dependente para o usuário de DPAC a partir dos dados obtidos em conformidade com o modelo proposto por Orem (2001), por Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011).

4.10 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MS, 2012), o projeto foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília no mês de julho de 2014, com parecer favorável n. 735.667 (Anexo D)

Previamente, foi realizado o esclarecimento de todos os procedimentos relacionados ao estudo e resguardada a privacidade dos participantes realizando-se o processo de obtenção do TCLE (Apêndices B, C e D) e a coleta de dados em local reservado. Também foi garantida a confidencialidade dos dados durante todo o processo investigativo e na divulgação dos resultados sendo que as informações coletadas foram utilizadas apenas para a pesquisa em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA.

Os participantes do estudo eram 64,7% mulheres (11/17) e 35,3% homens (6/17) sendo que a idade variou entre 14 a 77 anos. Na estratificação da idade, foi escolhido um intervalo de 15 anos. Observou-se que houve predomínio das faixas etárias de 30 a 45 anos e 14 a 29 anos, que representaram 35,3% e 29,4%, respectivamente (Tabela 2).

Em relação ao estado civil, os participantes estavam distribuídos igualmente entre solteiros (47%) e casados (47%), apenas 01 usuário divorciado. Quanto à religião, 58,8% eram evangélicos e 41,7%, católicos (Tabela 2).

Em relação à escolaridade, à semelhança dos dados encontrados nos estudos de Algarra, Díaz e Janeth (2013), quase a metade (47%) tinha o primeiro grau incompleto. O grau de instrução é fator relevante no treinamento e manutenção do usuário em programa de DPAC, pois amplia as possibilidades de educação pelo enfermeiro na compreensão das orientações nas quais pode utilizar outros materiais instrucionais por escrito como folders, cartilhas, além de somente orientações verbais (ZILLMER, SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

Quanto às características socioeconômicas, 58,8% dos usuários eram beneficiários da previdência ou assistência social, sendo que 29,5% destes eram autônomos (17,7%) ou estudantes (11,8%). 23,5% dos participantes eram aposentados. Quanto à renda familiar, 41,2% possuíam renda superior a quatro salários mínimos (Tabela 2).

O estudo apresenta dados sociais importantes, pois a doença crônica atinge geralmente uma população em idade economicamente ativa o que gera gastos nas áreas sociais devido às aposentadorias precoces, incentivos da seguridade social, gastos ambulatoriais e medicamentosos (ZILLMER, SCHWARTZ, *et al.*, 2009).

Em relação aos direitos previdenciários, as doenças renais crônicas, dependendo de seu estágio e de sua acumulação com outras enfermidades, podem possibilitar o acesso ao recebimento de alguns benefícios, segundo as Leis 8.212/91 e 8.231/91 (BRASIL, 1991; BRASIL, 1991). O portador de doença renal crônica tem direito, principalmente, aos benefícios de aposentaria por invalidez e auxílio-doença. Nos casos de não contribuição prévia ou inscrição no regime de Previdência Social, existem os benefícios da Assistência social (Benefício de Prestação Continuada – BPC) com base no artigo n. 203 da Constituição Federal que amparam os portadores de deficiência, incluindo o doente renal crônico,

pertencentes às famílias com renda per capita inferior a 1/4 do salário mínimo. (BRASIL, 1988)

Tabela 2 - Distribuição dos usuários de DPAC segundo as características sociodemográficas.

VARIÁVEIS	N	%
GÊNERO		
Feminino	11	64,7
Masculino	6	35,3
IDADE		
14 a 29	5	29,4
30 a 45	6	35,3
46 a 61	2	11,8
62 a 77	4	23,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	8	47,0
Casado	8	47,0
Divorciado	1	6,0
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	2	11,8
1º grau incompleto	8	47,0
2º grau incompleto	3	17,7
2º grau completo	4	23,5
RELIGIÃO		
Católica	7	41,2
Evangélica	10	58,8
RENDAFAMILIAR		
Até 01 salário mínimo	1	6,0
01-02 salários mínimos	3	17,7
02-03 salários mínimos	3	17,7
03-04 salários mínimos	3	17,7
Maior que 04 salários	7	41,2
OCUPAÇÃO		
INSS	5	29,4
Aposentado	4	23,5
INSS + autônomo	3	17,7
INSS+ estudante	2	11,8
Do lar	2	11,8
Estudante	1	6,0

5.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA

Com relação à procedência, 53% dos participantes eram procedentes dos próprios serviços do hospital como ambulatório, emergência ou setores de internação como Clínica Médica e Pediatria. Os outros 47% dos usuários eram encaminhados ao programa por instituições hospitalares diversas ou outros centros de diálise do Distrito Federal (Tabela 3).

Quanto à etiologia da DRC, 29,5% tinham a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as infecções do trato urinário (ITU) como principais causas associadas. Como o setor de

Pediatria do hospital encaminha muitas crianças ao programa, explica-se o índice elevado de ITUs de repetição como causa de DRC entre os participantes, especialmente, em função de malformações congênitas.

Segundo os achados da SBN (2013), a HAS, o diabetes *mellitus* e as glomerulopatias apresentam-se como as principais causas para a DRC sendo que as duas primeiras representam grandes problemas de saúde pública do Brasil e de outros países, encontrando-se entre as morbidades mais frequentes do adulto (VARELA, VIDAL e PEDREROS, 2014; RIELLA, 2014; MATOS e REQUIÃO-MOURA, 2014; ZILLMER, SCHWARTZ, *et al.*, 2009)

No que se refere à terapia de substituição renal, 53% dos participantes realizaram hemodiálise antes de ingressarem na DP (Tabela 3). Estes dados corroboram com os inquéritos da SBN (2013) e com os estudos de Abensur (2014), Desmet *et al* (2013) e Zillmer *et al* (2009) que discutem a prevalência da hemodiálise como primeira escolha e as variáveis que influenciam na baixa utilização da DP.

Em contrapartida, 41% da amostra tiveram a DP como primeira escolha de tratamento. Isso se deve principalmente à característica do Hospital Universitário que encaminha os clientes ao Centro de Diálise enquanto em tratamento conservador para conhecerem as duas modalidades dialíticas com o objetivo de fazerem a escolha do tratamento caso não haja nenhuma contraindicação para uma ou outra. Estes dados vêm ao encontro das afirmativas de Guest (2010) nas quais demonstram que quando são ofertadas informações completas acerca das opções dialíticas, 40% dos indivíduos elegem a DP como terapia inicial.

Quanto ao tempo de permanência no programa de DPAC, observou-se que 35,6 % dos usuários realizavam o tratamento por um período de dois a cinco anos, seguido de 29,4% que faziam a terapia por um período de um a dois anos (Tabela 3). Corroborando com os estudos de Zillmer e Schwartz, *et al* (2009) e Algarra, Díaz e Janeth (2013) que apresentaram dados equivalentes ao tempo de manutenção na terapia.

Em relação à modalidade de diálise peritoneal, a maioria (82,3%) realiza a DP por meio da cicladora automática, sendo que o método manual é utilizado apenas nos casos que há necessidade de terapia híbrida (17,7%) (Tabela 3). Com o advento da DP automatizada, seu uso tornou-se cada vez mais prevalente com o passar dos anos, pois favoreceu a redução dos custos do tratamento, reduziu ainda mais significativamente as infecções relacionadas ao procedimento, além de permitir ao usuário a realização da diálise durante à noite (GUPTA e SINGHAL, 2010; VELOZO, FERRAZ, *et al.*, 2012).

No que se refere à necessidade de cuidadores, 05 (29,4%) indivíduos não possuíam nenhum auxílio para o cuidado, 12 (70,6%) participantes possuíam cuidador, sendo que 01 usuário possuía três cuidadores para o auxílio na DP e para outras atividades (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos usuários de DPAC segundo as características clínicas.

VARIÁVEIS	N	%
PROCEDÊNCIA		
Serviços do HUB	9	53
Outros Centros	8	47
ETIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA		
HAS	5	29,4
ITU	5	29,4
Glomerulopatias	4	23,5
DM	3	17,7
TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA ANTERIOR		
Hemodiálise	9	53
Transplante Renal	1	6
Tratamento Conservador	7	41
TEMPO DE DIÁLISE PERITONEAL		
Até 01 ano	2	11,8
01-02 anos	5	29,4
02-05 anos	6	35,6
05 -10 anos	3	17,7
Acima de 10 anos	1	6
MODALIDADE DE TRATAMENTO		
DPA	14	82,3
CAPD	-	-
Híbrido	3	17,7
CUIDADOR		
Sim	12	70,6
Não	5	29,4
RESPONSÁVEL PELA DIÁLISE		
Usuário	6	35,6
Cuidador	7	41,2
Usuário e cuidador	4	23,5
LOCAL DA DIÁLISE		
Quarto individual	10	58,8
Quarto compartilhado	7	41,4

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DOS CUIDADORES DO PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA.

Conforme demonstrado na tabela 4, predominou-se o sexo feminino na amostra dos cuidadores perfazendo 78,6% do total. Os achados vão ao encontro dos dados da literatura (CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013; GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012; SEIMA e

LENARDT, 2011; FERREIRA, PINTO, *et al.*, 2010; RIBEIRO, MARQUES, *et al.*, 2009; FONSECA e PENNA, 2008) que apontam as mulheres como as principais figuras no cenário da prestação de cuidados domiciliares.

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos e, apesar de todas as mudanças sociais, na composição familiar e nos novos papéis assumidos por ela, ainda espera-se que a mulher assuma a função de cuidadora (FONSECA e PENNA, 2008). A inserção social da mulher no mercado de trabalho caracteriza mudanças da sociedade atual e, por isso, somam-se às suas atividades de cuidar às atividades laborais fora de casa e as domésticas próprias de mãe e esposa o que gera acúmulo de trabalho em casa e uma sobrecarga nos diversos domínios de sua vida (GRATAO, VENDRÚSCOLO, *et al.*, 2012; FONSECA e PENNA, 2008).

Em relação à idade, 50% encontravam-se na faixa etária entre 30 a 40 anos e 42,9% entre 41 a 50 anos compondo o grupo dos economicamente ativos, semelhante ao encontrado em outros estudos (CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013; RIBEIRO, MARQUES, *et al.*, 2009)

Quanto à situação conjugal, 78,6% (11) eram casados e 21,4%, solteiros e em relação à crença religiosa, os participantes do estudo distribuíram-se igualmente, sendo 50% católicos e 50% evangélicos.

No que se refere à escolaridade, 35,7% dos participantes possuíam ensino superior seguidos de 28,6% com o ensino médio completo. Apenas 01 cuidador (7,1%) não era alfabetizado. É importante conhecer o grau de instrução dos cuidadores, pois são eles que, muitas vezes, recebem as informações da equipe profissional sendo que a educação em saúde está muito ligada à capacidade de aprendizagem das pessoas. Laham (2003) citado por Fonseca e Penna (2008) discute a hipótese de que o nível de escolaridade possa influenciar nos sentimentos dos cuidadores, sendo que pouca aprendizagem dificultaria a compreensão do que acontece com o indivíduo que necessita de cuidados.

Do total dos cuidadores, 42,9% não desenvolviam atividades laborais remuneradas e não possuíam renda individual, 21,4% tinham renda individual maior que 04 salários mínimos e 14,3% recebiam até 01 salário mínimo (Tabela 4).

Esses dados colocam em evidência aspectos sociais importantes como a situação dos familiares brasileiros que desenvolvem as atividades de cuidadores desassistidos e desprotegidos do apoio de programas governamentais efetivos. Sem o suporte social, estas pessoas são obrigadas, muitas vezes, a renunciar ao emprego o que gera sobrecarga financeira em virtude da necessidade de aquisição de bens de consumo, medicamentos e tecnologias e

insumos para a adaptação do ambiente para a prestação do cuidado ao usuário de DP (SEIMA e LENARDT, 2011)

Em relação ao grau de parentesco dos cuidadores, a predominância foi de filhos perfazendo um total de 42,9% dos participantes do estudo, seguidos das mães (28,6%) e cônjuges (28,6%). Cattani e Girardon-Perlini (2004) citado por Fonseca e Penna (2008) problematizam o parentesco na obrigatoriedade em assumir o cuidado do ente enfermo no qual os familiares são movidos principalmente por uma “obrigação” proveniente de valores impostos pela cultura familiar e da sociedade, ou seja, o cuidar é uma obrigação moral.

Observou-se que, 11 (78,6%) cuidadores residiam com os usuários sendo que 42,9% se dedicavam ao cuidado do usuário há mais de 06 anos e 35,7% entre 03 a 05 anos o que revela acompanhamento prolongado pelos cuidadores de usuários de DP o que pode influenciar na ocorrência de sobrecarga (CESAR, BEUTER, *et al.*, 2013; FERREIRA, PINTO, *et al.*, 2010)

Quanto à ocupação, todos participantes, além de prestarem cuidados aos usuários, também se ocupavam das atividades domésticas (42,9%), estudavam (7,1%) ou trabalhavam fora (50%).

Tabela 4 - Distribuição dos Cuidadores segundo as características sociodemográficas e econômicas.

VARIÁVEIS	N	%
GÊNERO		
Feminino	11	78,6
Masculino	3	21,4
IDADE		
30 a 40	7	50,0
41 a 50	6	42,9
Acima de 50	1	7,1
ESTADO CIVIL		
Casado	11	78,6
Solteiro	3	21,4
ESCOLARIDADE		
Não alfabetizado	1	7,1
1º grau incompleto	2	14,3
2º grau incompleto	2	14,3
2º grau completo	4	28,6
Ensino superior	5	35,7
RELIGIÃO		
Católica	7	50,0
Evangélica	7	50,0
RENDA INDIVIDUAL		
Até 01 salário mínimo	2	14,3
01-02 salários mínimos	1	7,1
02-04 salários mínimos	2	14,3
Maior q 04 salários	3	21,4
Não possui renda	6	42,9
GRAU DE PARENTESCO		
Filha	5	35,7

Mãe	4	28,6
Esposo	2	14,3
Esposa	2	14,3
Filho	1	7,1
RESIDE COM PACIENTE		
Sim	11	78,6
Não	3	21,4
OCUPAÇÃO ALÉM DE CUIDADOR		
Estudante	1	7,1
Copeiro	1	7,1
Professor	1	7,1
Pedreiro	1	7,1
Analista de sistemas	1	7,1
Pastor evangélico	1	7,1
Servidor público	2	14,3
Do lar	6	42,9
NÚMERO DE ANOS DEDICADOS AO CUIDADO		
Até 01	1	7,1
01 a 03 anos	2	14,3
03 a 05 anos	5	35,7
Mais que 05 anos	6	42,9

5.4 DÉFICITS E FATORES QUE INTERFEREM NO AUTOCUIDADO E NO CUIDADO DE DEPENDENTE.

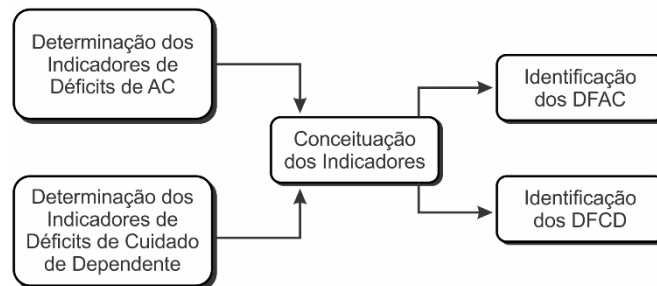


Figura 6- Estudo II – Fase 2.

Os indicadores dos déficits de autocuidado foram considerados como as manifestações, observadas ou mensuradas, das demandas de autocuidado afetadas no usuário de diálise peritoneal. Desse modo, a presença do indicador pré-definido representou a existência do déficit no requisito relacionado. Da mesma forma, na determinação dos déficits de cuidado de dependente, foram estruturados indicadores de déficits para a identificação das demandas afetadas relacionados à unidade CD.

No processo, cada déficit identificado foi preliminarmente conceituado, para maior clareza e objetividade na determinação se o usuário apresentava o déficit ou não.

Bouso, Poles e Cruz (2014) discutem a relevância do desenvolvimento dos conceitos afirmando que para se examinar em profundidade um fenômeno, o mais lógico e efetivo é começar definindo o conceito de interesse. Os mesmos autores explanam que um conceito pode ser uma palavra, duas palavras ou uma frase que possibilitam a comunicação do significado da realidade no mundo e conferem significado aos fenômenos que podem ser, direta ou indiretamente, experimentados. A utilização do conceito tem o objetivo de buscar o esclarecimento e nomear os fatos na prática, a fim de facilitar a reflexão e a ação sobre essa prática. (BOUSSO, POLES e CRUZ, 2014)

5.4.1 Déficits e fatores que interferem nos requisitos universais.

O quadro 5 esquematiza os indicadores de déficits de autocuidado nos requisitos universais e os respectivos conceitos dos indicadores.

Quadro 5 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado nos requisitos universais e os respectivos conceitos.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	INDICADORES DOS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS	CONCEITO DO INDICADOR
RESPIRAÇÃO	Dispneia	Dificuldade respiratória relacionada a condições que alteram a ventilação (decúbito, movimentação, esforço e líquido na cavidade abdominal)
HIDRATAÇÃO	Edema	Acúmulo de líquido evidenciado por inchaço maleolar, periorbital e ou aumento de peso.
	Desidratação	Diminuição de líquido intravascular evidenciado por redução do peso, turgor da pele e língua e sensação de sede.
ALIMENTAÇÃO	Emagrecimento/ Perda de peso	IMC abaixo dos valores de referência conforme grupo etário
	Obesidade/Ganho de peso	IMC acima dos valores de referência conforme grupo etário
ELIMINAÇÃO	Constipação	Diminuição ou ausência na frequência de evacuação .
	Doença renal crônica dialítica	TFG abaixo de 15ml/min/1,73m ²
ATIVIDADE E REPOUSO	Índice de Katz (grau de funcionalidade)	Usuários classificados como MENOS FUNCIONAL e FUNCIONALIDADE INTERMEDIÁRIA
	Escala de Lawton (grau de dependência)	Usuários classificados como DEPENDENTES ou com CAPACIDADE COM AJUDA
	Qualidade de sono prejudicada	Padrão de sono irregular evidenciado por insônia, dificuldade de manutenção do sono e horas reduzidas de sono
SOLIDÃO E INTERAÇÃO SOCIAL	Atividade de lazer diminuída	Alteração do padrão de interação social comparado com o anterior ao aparecimento da DRC
	Relacionamento interpessoal comprometido	Alteração do status de relacionamento com as pessoas do seu convívio após o aparecimento da DRC
	Índice de Katz (funcionalidade)	Usuários classificados como MENOS FUNCIONAL e FUNCIONALIDADE INTERMEDIÁRIA

	Escala de Lawton	Usuários classificados como DEPENDENTES ou com CAPACIDADE COM AJUDA
RISCOS À SAÚDE E BEM-ESTAR	Comorbidades	Portador de DM e ou HAS e/ou cardiopatia
	Estilo de vida	História atual de etilismo, tabagismo e/ou outras drogas
PROMOÇÃO À SAÚDE	Diminuição ou ausência da atividade física	Prática de atividade física inferior a três vezes por semana
	Imunização desatualizada	Não vacinação ou vacinação incompleta contra Hepatite B Não vacinação contra Influenza nos últimos dois anos.
	Avaliação anual preventiva desatualizada	Exames preventivos em Ginecologia ou Urologia e Odontologia não realizados nos últimos dois anos.

A seguir, o quadro 6 apresenta os requisitos de autocuidado universais com os respectivos indicadores de déficits, os fatores que interferem no autocuidado e a frequência dos usuários identificados.

Quadro 6 - Distribuição dos indicadores conforme os déficits e fatores de autocuidado universal identificados nos usuários de DPAC.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	INDICADORES DE DÉFICIT AUTOCUIDADO UNIVERSAL	DO DE	USUÁRIOS IDENTIFICADOS N %	FATORES QUE AFETAM O AUTOCUIDADO
RESPIRAÇÃO	Dispneia		4 23,5	Doença renal crônica Decúbito/Posição Terapia dialítica Edema Comorbidades
HIDRATAÇÃO	Edema		3 17,6	Déficit de conhecimento Doença renal crônica Quantidade de ingesta Qualidade da ingesta
	Desidratação		1 5,9	Qualidade da ingesta
ALIMENTAÇÃO	Emagrecimento/ Perda de peso		2 11,8	Déficit de conhecimento Dificuldade de mastigação Quantidade da ingesta Qualidade da ingesta
	Obesidade/Ganho de peso		6 35,3	Inapetência Náusea Epigastralgia Grau de dependência Disponibilidade de recursos financeiros
ELIMINAÇÃO	Constipação		2 11,8	Sedentarismo Fatores mecânicos (intervenções cirúrgicas anteriores e hemorróidas)
	Doença renal crônica dialítica		17 100	Qualidade da ingesta Uso de medicações Doença renal crônica
ATIVIDADE E REPOUSO	Índice de Katz (grau de funcionalidade)		6 35,3	Dispneia Debilidade e fraqueza Indisposição
	Escala de Lawton (grau de dependência)		8 47	Grau de funcionalidade Grau de dependência Comorbidades Indisponibilidade de recursos (tempo, dinheiro)
	Qualidade de sono prejudicada		7 41,2	Déficit de conhecimento Diálise Peritoneal noturna Padrão de sono

				Sonolência diurna
SOLIDÃO INTERAÇÃO SOCIAL	Atividade de lazer diminuída	14	82,3	Idade
	Relacionamento interpessoal comprometido	5	29,4	Indisposição e desânimo
	Índice de Katz (funcionalidade)	6	35,3	Dispneia
	Escala de Lawton	8	47	Fraqueza
RISCOS À SAUDE E BEM-ESTAR	Comorbidades	16	94,1	Tristeza e depressão
	Estilo de vida	0	0,0	Distúrbio da imagem
PROMOÇÃO SAÚDE	Diminuição ou ausência da atividade física	17	100	Estigma da doença
	Imunização desatualizada Hepatite B	1	5,9	Disfunção sexual
	Imunização desatualizada Influenza	5	29,4	Terapia dialítica
	Avaliação anual preventiva desatualizada	14	82,3	Comorbidades
				Grau de dependência
				Grau de funcionalidade
				Déficit de conhecimento
				Doença renal crônica
				Idade
				Dispneia
				Debilidade e fraqueza
				Indisposição
				Grau de funcionalidade
				Grau de dependência
				Comorbidades
				Déficit de conhecimento
				Disponibilidade de recursos financeiros

5.4.1.1 Respiração

O déficit de autocuidado universal relacionado à respiração foi identificado em 23,5% (4/17) dos usuários (Quadro 6). O indicador de déficit encontrado que definiu esse requisito foi a presença de dispneia.

Barros (2010) define a dispneia como a dificuldade respiratória, sendo um sintoma subjetivo que reflete a avaliação do paciente sobre seu grau de trabalho respiratório relacionado a uma tarefa e ou a determinado esforço. O indivíduo pode defini-la como falta de ar, sufocação, aperto no peito, perda de fôlego ou respiração curta podendo estar relacionada com movimentação ou esforço, repouso ou decúbito.

No presente estudo, o indicador Dispneia foi definido como a dificuldade respiratória relacionada a condições que alteram a ventilação como decúbito, movimentação, esforço ou líquido na cavidade abdominal (Quadro 5).

Três dos usuários que relataram problema em relação à oxigenação queixaram de desconforto respiratório na posição deitada, podendo ser relacionada à infusão e drenagem de líquido durante a ciclagem da máquina no período noturno. Esses mesmos usuários relataram melhora à mudança de posição, referindo o decúbito lateral esquerdo como a posição que proporcionava maior alívio, sendo que um deles também referiu melhora da dificuldade

respiratória ao ficar na posição sentada, podendo estar relacionado à doença cardíaca associada. Dentre os entrevistados, somente um participante referiu dispneia em qualquer horário do dia. Nenhum participante referiu tosse.

Assim, os fatores que afetam o autocuidado na manutenção adequada da ventilação que foram identificados podem estar vinculados à própria doença renal, ao posicionamento ou decúbito, ao edema, à ascite devido à permanência do volume de líquido abdominal da diálise e às comorbidades associadas.

Conforme Bevilacqua e Guerra (2000), a restrição do diafragma devido ao deslocamento do conteúdo abdominal em direção ao tórax pode ocasionar a redução da capacidade residual funcional pulmonar levando ao desconforto respiratório evidenciado pela presença de dispneia. O decúbito adotado pelo usuário pode favorecer alívio através da acomodação do dialisato na cavidade peritoneal.

A presença de comorbidades como as cardiopatias e também a anemia devido à deficiência da produção de eritropoetina podem comprometer o sistema respiratório e influenciar no aparecimento da dificuldade respiratória. Além disso, a presença de edema também pode comprometer a ventilação e levar a estados hipoxêmicos com o aparecimento do sintoma de dispneia (RIELLA, 2014; THOMÈ e PREZZI, 2006).

Segundo o MS (2014), é alto o índice de indivíduos renais crônicos que possuem doenças cardiovasculares associadas sendo que a doença renal é descrita com um dos principais determinantes de risco de eventos cardiovasculares. Dessa forma, é importante reconhecer os fatores que afetam o autocuidado em relação à oxigenação em indivíduos renais que se submetem à DP para levantar orientações eficazes a fim de minimizar os agravos.

5.4.1.2 Hidratação

No requisito de autocuidado universal Hidratação, foram identificados 23,5% de usuários com déficit (Quadro 6). Os indicadores de déficit para esse quesito foram o edema e a desidratação.

No estudo, edema foi definido como acúmulo de líquido evidenciado por inchaço maleolar, periorbital e/ou aumento de peso (BARROS, 2010) e Desidratação foi conceituado como a diminuição de líquido intravascular evidenciado por redução do peso, turgor da pele e língua e sensação de sede (BARROS, 2010) conforme apresentado no quadro 5.

Os seguintes fatores que afetam o autocuidado foram detectados: déficit de conhecimento, doença renal crônica, quantidade de ingesta (ingesta diária de líquidos maior

ou menor que o necessário) e qualidade da ingesta (consumo de líquidos prejudiciais ao indivíduo portador de doença renal) e comorbidades.

O quadro 6 demonstra que 47% dos participantes afirmaram não controlar a ingesta diária de líquidos sendo que uma parcela considerável (82,3%) desconhece a quantidade de líquidos que pode ser ingerida diariamente e consome volume maior que dois litros de líquidos por dia (35,3%).

Muitos dos episódios de edema e desidratação podem ser prevenidos ou minimizados através da capacitação do indivíduo para o autogerenciamento eficaz de consumo de líquidos. Essas orientações para o autocuidado surgem a partir de assistência de enfermagem continuada a fim de identificar os fatores de risco específicos de cada usuário conforme seus déficits de conhecimento e suas restrições.

5.4.1.3 Alimentação

Os déficits de autocuidado relacionados à alimentação foram determinados através dos indicadores: Emagrecimento/Perda de peso e Obesidade/Ganho de peso. Dessa forma, foram constatados 47% (8/17) de usuários afetados nesse requisito, sendo 11,8% detectados com emagrecimento ou perda de peso e 35,3% com excesso de peso ou obesidade conforme apresentado no quadro 6.

Para definição dos indicadores, foi utilizado o índice de massa corporal (IMC) como método de avaliação do estado nutricional calculado por meio da razão entre peso corporal e quadrado da altura (Quadro 5). Foram considerados os valores abaixo de 18,5 para indicação de magreza ou perda de peso e valores acima de 24,99 para classificação de ganho de peso e obesidade em indivíduos com faixa etária entre 18 a 64 anos e 11 meses (CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; GONZÁLEZ e ARANGO, 2006; CUPPARI, AVESANI, *et al.*, 2002). Em indivíduos acima de 65 anos, O IMC abaixo de 22 indicou baixo peso ou desnutrição e valores acima de 27 sinalizaram o sobrepeso ou obesidade (CUPPARI, AVESANI, *et al.*, 2002). Para indivíduos abaixo de 18 anos, foram utilizados os valores de percentis, sendo abaixo do percentil 3 a referência de baixo IMC para a idade e valores de percentis acima de 85 denunciaram sobrepeso e obesidade (DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI, 2004).

O Quadro 7 relaciona os usuários afetados no requisito alimentação em relação ao grupo etário.

Quadro 7 - Distribuição dos usuários de DPAC conforme os indicadores de DFAC Emagrecimento/perda de peso e Obesidade/Ganho de peso e o grupo etário.

Usuários conforme grupo etário; déficit de AC – alimentação	Abaixo de 18 anos	Entre 18 anos e 64 anos e 11 meses	Acima de 65 anos
Emagrecimento Perda de peso	01	01	-
Obesidade Ganho de peso	-	03	03

Sabe-se que a obesidade e a desnutrição são distúrbios nutricionais preocupantes para usuários submetidos à diálise peritoneal, pois se associam à baixa qualidade de vida e ao aumento da morbi-mortalidade (MARTINS, 2006; GUSMÃO, ALMEIDA, *et al.*, 2010). A desnutrição na doença renal afeta aproximadamente um terço dos indivíduos em diálise peritoneal com causas multifatoriais (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012). As perdas proteicas são grandes na DP sendo, dessas moléculas, 50 a 80% de albumina podendo variar de 10 vezes entre indivíduos com o equivalente de 05 a 15g diárias. (RIELLA, 2014). Essa perda no dialisato está diretamente relacionada às características de transporte da membrana peritoneal o que necessita de uma ingestão alimentar adequada para a reposição das perdas constantes de proteínas e de aminoácidos no líquido dialítico (RIELLA, 2014; MARTINS, 2006).

No caso da obesidade, o ganho o peso está influenciado pela absorção de glicose proveniente da solução dialítica que acarreta sobrecarga calórica, deposição de tecido adiposo com consequente ganho de peso corporal (VELOZO, FERRAZ, *et al.*, 2012; CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; JIMÉNEZ, ORTEGA, *et al.*, 2012; MARTINS, 2006)

A obesidade nos indivíduos em diálise peritoneal está associada à sobrevida reduzida do usuário, prevalência de doença cardiovascular e ao maior risco de falha na técnica. Além disso, a taxa de diabetes *mellitus* de início recente é alta (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013).

Estudo conduzido por Velozo et al (2012) evidenciou o maior ganho de peso nos usuários em diálise peritoneal nos dois primeiros anos de terapia o que pode estar associado à redução dos sintomas urêmicos com o decorrer do tratamento com consequente restauração do apetite e ganho de peso.

Como fatores que prejudicam o autocuidado foram identificados: déficit de conhecimento, dificuldade de mastigação, quantidade da ingesta, qualidade da ingesta, inapetência, epigastralgia, grau de dependência e disponibilidade de recursos financeiros.

A falta de apetite foi relatada por 58,8% dos participantes associada ou não à epigastralgia. As justificativas para a dificuldade em seguir a dieta recomendada variaram

entre inapetência (58,8%), falta de conhecimento (11,8%), falta de motivação (35,3%) e falta de recursos financeiros (5,9%) evidenciadas pelos discursos a seguir:

- “Não sei o que posso comer ou não” (U01)
 “Eu tenho falta de apetite, então como o que me dá vontade” (U02)
 “Eu não sinto vontade de comer, daí quando tenho vontade, como o que eu quero” (U05)
 “Se não fizer mal, eu como. Então, eu não regro”. (U03)
 “Eu não sigo a dieta. Não me importo”. (U04)
 “Acho difícil a restrição. Não sigo a dieta não, eu como de tudo”. (U15)
 “Falta alimentos em casa. Tenho dificuldade para encontrar e comprar frutas” (U06)

Existem poucos estudos disponíveis sobre o padrão de consumo alimentar em indivíduos em diálise peritoneal contínua, porém é sabido que alterações comumente observadas em usuários dialíticos, como ingestão alimentar inadequada, não adesão à dieta, perdas de nutrientes durante a diálise, estado inflamatório crônico, intolerância à glicose, estados urêmicos, anorexia, dentre outros, podem ser fatores agravantes e contribuintes para o comprometimento do estado nutricional do indivíduo (CAMPOS, GUSMÃO, *et al.*, 2012; MARTINS, 2006; SILVA, SANTOS, *et al.*, 2000).

5.4.1.4 Eliminação

Os indicadores de déficits para esse requisito foram a presença de doença renal terminal e a constipação intestinal.

No que diz respeito à doença renal crônica, todos os participantes encontravam-se em déficit necessitando de terapia de substituição renal para sua sobrevivência. A presença de diurese residual variou entre os participantes da amostra, sendo que 17,7% eram oligúricos e 53% anúricos. Nenhum usuário necessitava de cateterização vesical para eliminação urinária.

Um dos benefícios da DP é a preservação da diurese residual comparado à hemodiálise (DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013). Bevilacqua e Guerra (2000), Riella (2014) e Barros (2006) discutem a importância da preservação da diurese residual através de cuidados de orientação ao usuário no sentido de evitar a utilização de substâncias nefrotóxicas como anti-inflamatórios não hormonais, aminoglicosídeos e meios de contraste endovenosos para exames radiológicos. Além disso, a prevenção de infecção do trato urinário e níveis glicêmicos normais em diabéticos também representam fatores importantes na manutenção da diurese residual e constituem aspectos importantes de orientação ao indivíduo na terapia dialítica.

Em relação à constipação intestinal, esse indicador de déficit de autocuidado foi definido como a diminuição ou ausência na frequência de evacuação. Foram identificados 11,8% (2/17) usuários com esse déficit sendo que todos os acometidos faziam uso de

medicamentos laxativos. Um dos usuários identificados também era cadeirante o que agravava ainda mais o quadro de mobilidade do trânsito intestinal.

Os fatores de autocuidado encontrados que influenciam nesse requisito foram: sedentarismo, fatores mecânicos (intervenções cirúrgicas colo-retais e hemorroidas), qualidade da ingesta e uso de medicações.

Daugirdas, Blake e Ing (2013) enfatizam a importância da motilidade intestinal regular para se evitar a obstrução do efluxo e promover satisfatória adequação da diálise peritoneal. O estímulo da atividade física é de grande importância para aliviar a obstipação nesses indivíduos, além de outros benefícios (MARTINS, 2006). O aumento na ingestão de fibras, o uso de laxantes naturais, o ajuste no uso de medicamentos constipantes e a avaliação de possíveis problemas mecânicos no processo de evacuação também são medidas favoráveis no processo de reeducação intestinal.

5.4.1.5 Atividade e Repouso

No requisito autocuidado universal relacionado à atividade e repouso, foram definidos três indicadores de déficits: o Índice de Katz, a Escala de Lawton e a qualidade de sono prejudicada.

No Índice de Katz, foram alocados como apresentando déficit os participantes classificados como menos funcional e com funcionalidade intermediária conforme demonstrado no quadro 2. Dessa forma, 35,3% (6/17) dos usuários foram identificados.

Em relação à Escala de Lawton, foi definido o déficit quando os usuários fossem classificados como dependentes ou com capacidade com ajuda de acordo com o quadro 3. Assim, 47% (8/17) foram reconhecidos.

Realizar atividades rotineiras para indivíduos com doença renal crônica pode ser uma prática dificultada devido ao estado de debilidade influenciado pelo quadro de anemia, fadiga, comorbidades associadas, idade, osteodistrofias e incapacidade funcional (RIELLA, 2014; BARROS, MANFRO, *et al.*, 2006). Esses fatores interferem na disposição geral do indivíduo e corroboram para o estilo de vida sedentário. Benefícios da prática de atividades físicas como a melhora da circulação, controle do peso e fortalecimento do sistema imune são conhecidos e devem ser incentivados no paciente renal.

A qualidade de sono prejudicada foi definida como o padrão de sono irregular evidenciado por insônia, dificuldade de manutenção do sono e horas reduzidas de sono. Dessa forma, foram identificados 41,2% dos usuários com déficit sendo constatado pelos discursos

de insônia (2/17), dificuldade de manter o sono (3/17) e horas reduzidas de sono (2/17). Dois participantes relataram a necessidade do uso de medicamentos para dormir e três o consumo frequente de chás para a estimulação do sono.

57,1% (4/7) dos entrevistados que apresentaram déficit, relacionaram a alteração do padrão de sono à mudança na rotina e no ambiente após o início da terapia dialítica noturna. A preocupação com o circuito dialítico, o ruído e alarmes do equipamento, o desconforto da ciclagem do líquido no abdome e a necessidade de se posicionarem em decúbito ventral foram alguns discursos relatados que estão ligados à alteração nesse requisito.

“Sinto incômodo na infusão e drenagem e isso me atrapalha dormir” (U01)

“Não durmo direito por causa do barulho da máquina” (U03)

“Não consigo dormir direito depois que comecei a fazer...” (U04)

“Tenho preocupação com a máquina. Acordo toda hora pra ver...” (U08)

“Acordo várias vezes à noite. Durmo poucas horas.” (U12)

“Por causa do líquido na barriga, agora só durmo virada pro lado esquerdo. Antes dormia de barriga pra baixo” (U13)

“Preciso tomar remédio para dormir” (U14)

Os outros três entrevistados (42,9%) não associaram o sono irregular ao fato de realizarem a terapia noturna e referiram não dormirem bem muito antes de necessitarem realizar tratamento dialítico.

Como fatores que interferem no autocuidado quanto a esse requisito, foram levantados: dispneia, debilidade e fraqueza, indisposição, grau de funcionalidade, grau de dependência, comorbidades, indisponibilidade de recursos, déficit de conhecimento, diálise peritoneal noturna, padrão de sono e sonolência diurna.

5.4.1.6 Solidão e Interação Social

Em relação ao requisito de autocuidado universal Solidão e Interação Social, foram levantados quatro indicadores de déficits: atividade de lazer diminuída, relacionamento interpessoal comprometido, Índice de Katz e Escala de Lawton.

A atividade de lazer diminuída foi definida como a alteração do padrão de interação social comparado com o padrão anterior ao aparecimento da doença renal crônica. Dessa forma, os participantes do estudo que afirmaram mudança em suas atividades sociais em relação ao estado anterior à doença foram identificados como apresentando o déficit em questão. Foram reconhecidos 82,3% do total da amostra com a atividade de lazer diminuída.

Em relação ao relacionamento interpessoal comprometido, esse indicador de déficit foi conceituado como a alteração do status de relacionamento com as pessoas do seu convívio

familiar e social após o aparecimento da doença renal. Assim, 29,4% (5/17) dos participantes foram detectados apresentando esse déficit.

O Índice de Katz e a Escala de Lawton também foram considerados como indicadores de déficit para o requisito de Solidão e Interação Social. Conforme já conceituados no item 5.2.1.5, foram identificados 35,3% e 47% de usuários com déficit respectivamente.

Os fatores identificados que afetam o autocuidado na manutenção adequada entre a solidão e a interação social podem estar vinculados à idade, indisposição ou desânimo, dispneia e fraqueza, tristeza e depressão, distúrbio da imagem, estigma da doença, disfunção sexual, terapia dialítica, comorbidades, grau de dependência e grau de funcionalidade.

Em relação ao déficit associado à faixa etária, foi evidenciado que entre 14 a 29 anos o comprometimento deu-se pelos seguintes fatores: 50% não frequentavam a escola e os outros 50% estavam cursando o ensino fundamental ou médio, mas em fases atrasadas. Os entrevistados que frequentavam a escola, eram pouco engajados nos grupos escolares para atividade extraclasse, participando esporadicamente de eventos fora da escola devido às limitações da doença e tratamento ou por sentirem vergonha do seu corpo. Por outro lado, 75% dos usuários possuíam cuidadores (mães) e referiram um bom relacionamento com elas e com os outros membros da família. Todos reconheceram o lazer diminuído e relataram redução ou ausência de brincadeiras, passeios e viagens, estando suas atividades de distração voltadas para atividades em casa como o uso da televisão, da internet e videogames. Os usuários referiram se sentirem tristes em algumas ocasiões devido às restrições que possuem. Todos os participantes referiram não ter iniciado vida sexual e relataram não terem interesse ou preocupação sobre esse assunto.

Os fatores percebidos que interferem nesse autocuidado foram: debilidade e fraqueza; indisposição e desânimo; limitações físicas e mentais relacionadas a comorbidades; distúrbio da imagem corporal; preconceito social; dependência de cuidador e restrições relativas à doença e tratamento.

No grupo etário de 30 a 45 anos, dos 06 participantes, 04 foram evidenciados com comprometimento pelos seguintes fatores: diminuição das atividades de lazer que outrora realizavam como ir a festas noturnas, à viagens com amigos, familiares ou namorados. Nenhum usuário desse grupo possuía cuidador, sendo que 25% referiram afastamento de familiares e amigos devido ao sentimento de piedade ou preconceito social que os incomodavam. 25% relataram alteração no relacionamento com os filhos por estes não compreenderem seu estado de saúde. 50% dos usuários, todas do sexo feminino, reconheceram desinteresse pela vida sexual e referiram não terem mais motivação para

relacionamentos amorosos desde o início da doença devido à vergonha do corpo e ao preconceito social. Os usuários do sexo masculino romperam relacionamentos outrora estáveis, mas não admitiram associação com a doença e tratamento. Referiram preocupação com a impotência, sendo que 01 usuário fazia uso de estimulante.

75% dos entrevistados romperam ou alteraram suas relações amorosas após o início da doença e tratamento podendo estar associado às restrições advindas do estado de saúde, distúrbio da imagem e preconceito social.

Percebe-se nesse grupo de entrevistados, o discurso de resiliência e autoaceitação diante da realidade. Há a redefinição dos valores de vida referindo estarem mais humanos e dando mais valor às pequenas coisas. Apesar de terem perdido o entusiasmo para realizar atividades que faziam anteriormente, conseguiram redirecionar e desempenhar atividades diferentes que também lhe davam prazer.

Os fatores percebidos que interferem no autocuidado nessa faixa etária foram: indisposição e desânimo; preconceito social; distúrbio da imagem corporal; diminuição da libido; impotência; e restrições relativas à doença e tratamento.

No grupo etário de 46 a 61 anos, todos os usuários (2) foram evidenciados com comprometimento pelos seguintes fatores: não realizam atividades laborais sendo que o círculo de relacionamento era restrito aos familiares e poucos amigos. Todos referiram lazer diminuído como viagens com familiares, passeios, participação em grupos religiosos ou eventos sociais devido à doença e também às comorbidades associadas. Boa parte das atividades de distração estava voltada para atividades em casa como o uso da televisão, trabalhos artesanais e de jardinagem. Todos eram dependentes dos cuidadores para a realização da diálise. 50% referiram bom relacionamento com cuidadores e familiares, mas se incomodavam com a dependência de cuidados e diziam se sentirem presos. 50% referiram não ter vida sexual ativa antes da realização da diálise e 50% relatam preocupação com a impotência.

Os fatores percebidos relacionados ao déficit de autocuidado nessa faixa etária foram: debilidade e fraqueza; dispneia e fadiga; diminuição da libido; impotência; limitações físicas relacionadas às comorbidades; dependência de cuidador e restrições relativas à doença e tratamento.

No grupo etário de 62 a 77 anos, em todos os usuários (4) foram evidenciados comprometimento. A idade, a presença de comorbidades e a dependência de cuidador comprometem o deslocamento dos usuários para atividades fora de casa, sendo as atividades de lazer restritas ao ambiente doméstico, como ouvir rádio e assistir televisão; receber

familiares e amigos e realizar pequenos trabalhos manuais. Todos os usuários desse grupo eram dependentes dos cuidadores para realizar a diálise e 50% também para as AVDs. A perda da independência e do vigor são fatores que lhe causavam muito pesar.

Da mesma forma, o número de pessoas envolvidas no cuidado, a sobrecarga para alguns familiares, somado à duração da dependência geravam conflitos familiares e sentimento de “peso” por parte do usuário o que ocasionavam sentimentos de tristeza, depressão e isolamento, relatado por 50% dos entrevistados. 25% disseram fazer uso regular de medicamentos antidepressivos.

O relacionamento interpessoal entre o cuidador e o usuário também é influenciado pela intensidade e intimidade do vínculo que possuíam antes do início da dependência. Assim, 25% dos entrevistados admitiram não terem bom envolvimento com o cuidador e reconheceram se sentirem incomodados por necessitarem do cuidado de outrem.

Todos os participantes desse grupo etário referiram não ter vida sexual ativa. 75% disseram não terem mais interesse ou preocupação nesse aspecto e 50% reconheceram sentir falta da atividade sexual e que, algumas vezes, sentiam tristeza pela impotência.

Os fatores percebidos relacionados ao déficit de autocuidado nessa faixa etária foram: debilidade e fraqueza; dispneia e fadiga; indisposição e desânimo; tristeza e depressão; diminuição da libido; impotência; preconceito social; limitações físicas e mentais relacionadas a comorbidades; dependência de cuidador e restrições relativas à doença e tratamento.

A dificuldade em aceitar as limitações impostas pela doença e tratamento constitui uma alteração nos requisitos universais de equilíbrio entre isolamento e interação social. A doença altera a dinâmica social do usuário e toda família, que pode muitas vezes ser manifestada com o isolamento social (RODRIGUES, 2006).

Parte importante da abordagem multidisciplinar é a discussão aberta de todas essas questões junto aos usuários de diálise peritoneal. A comunicação terapêutica estabelecida pelo enfermeiro como integrante do programa de DPAC torna mais fácil a detecção desses desajustes e possibilita a implementação de estratégias terapêuticas eficazes (AZEVEDO, SANTOS, *et al.*, 2014).

5.4.1.7 Riscos à Saúde e ao Bem-Estar

No requisito autocuidado universal relacionado aos riscos à saúde e ao bem-estar foram definidos dois indicadores de déficit de autocuidado: a presença de comorbidades e o estilo de vida propenso a risco.

No caso da presença de comorbidades, foi definido apresentando o déficit os usuários portadores de diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial e/ou cardiopatias. Logo, foram elencados 16 (94,1%) participantes do estudo que se enquadravam nesse indicador conforme mostrado na tabela 5 a seguir.

Tabela 5- Distribuição das comorbidades relacionadas à DRC relatadas pelos entrevistados.

Doenças associadas à DRC	SIM		NÃO	
	f	%	f	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	10	58,8	7	41,2
Diabetes <i>mellitus</i>	4	23,5	13	76,5
Cardiopatias	2	11,8	15	88,2

O estilo de vida propenso a risco foi conceituado como o usuário com história atual de etilismo e ou tabagismo e/ou outras drogas. Estando assim definido, não foi identificado nenhum usuário com déficit segundo esse indicador.

11,8% dos entrevistados relataram serem ex-tabagistas de longa data. Com relação à história de tabagismo atual, não foi identificado nenhum usuário. Da mesma forma, a história anterior de etilismo esteve presente em 29,4%, sendo 04 usuários do sexo masculino e 01 do sexo feminino e nenhum participante referiu consumo de bebidas alcoólicas na atualidade.

Como fatores importantes que interferem no autocuidado em relação à manutenção do bem-estar e prevenção de riscos à saúde foram levantados o déficit de conhecimento, a idade e os vinculados à própria doença renal crônica.

A prevenção dos riscos à vida e ao bem estar devem iniciar com a identificação dos fatores de risco que podem comprometer a saúde do paciente renal para que possam ser atenuados, diminuídos, corrigidos ao longo da fase de manutenção do tratamento dialítico. Essa prevenção deve ser continuada durante toda a fase de manutenção do tratamento nas consultas de enfermagem no sentido de incentivar e reforçar a importância da mudança do estilo de vida e conscientização e adaptação a um novo modelo de autoconceito.

5.4.1.8 Promoção da Saúde

No requisito autocuidado universal relacionado à promoção da saúde, foram considerados três indicadores de déficit: diminuição ou ausência de atividade física, a imunização incompleta ou desatualizada e a avaliação preventiva anual desatualizada.

Em relação ao conceito relacionado à atividade física, foi definido que indivíduos com prática de atividade física inferior a três vezes por semana seriam considerados como apresentando o déficit. Dessa forma, todos os participantes do estudo apresentaram déficit.

Como conceito do indicador de déficit Imunização desatualizada foi considerado a não vacinação ou vacinação incompleta contra vacinação contra Hepatite B e a não vacinação contra a Gripe (influenza) nos últimos dois anos.

Em relação à imunização, o portador de doença renal deve receber a vacina contra Hepatite B e Influenza, em conformidade com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde (MS, 2014) e com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS, 2014) que dispõe sobre as boas práticas de funcionamento dos serviços de diálise.

Apenas um usuário não soube informar se a vacina contra hepatite B estava atualizada e relatou não ter o cartão de vacinação acessível. Infere-se que a quantidade considerável de usuários vacinados deve-se ao seguimento do protocolo de encaminhamento dos usuários por parte dos enfermeiros do Centro de Diálise em concordância com as exigências da RDC n. 11 de 13 de março de 2014.

Em contrapartida, em relação à imunização anual contra Influenza foram identificados 29,4% (5/17) dos usuários com relato de nunca terem tomado e 11,8% (2/17) que não vacinaram no ano de 2014.

Quanto à avaliação anual preventiva desatualizada, foram considerados consultas e exames preventivos em Ginecologia, Urologia e Odontologia não realizados nos últimos dois anos. Nesse sentido, 23,5% (4/17) referiram nunca terem ido ao consultório odontológico e somente 17,7% (3/17) relataram realizar a avaliação anualmente.

Em relação à avaliação ginecológica, das 11 usuárias, 36,4% (4/11) disseram ter preocupação com a prevenção e procuram o serviço a cada dois anos; 9% (1/11) referiram ter realizado consultas e exames há menos de dois anos, mas por terem apresentado alguma queixa; 18,2% (2/11) admitiram estarem com a avaliação preventiva de colo de útero e de mamas desatualizadas e 04 participantes (36,4%), todas na faixa etária entre 14 a 20 anos, nunca foram ao ginecologista.

Quanto à avaliação urológica para prevenção do câncer de próstata, apenas um participante dos 05 usuários do sexo masculino com idade acima de 40 anos estava com a consulta atualizada, sendo que os outros 04 entrevistados reconheceram que nunca foram à consulta urológica e nunca realizaram os exames preventivos de neoplasia prostática.

Os fatores relacionados ao déficit de autocuidado identificados nesse requisito foram o déficit de conhecimento e ou a ausência de ações específicas para a promoção da saúde e também a dificuldade de acesso aos serviços públicos de Atenção Básica.

É importante compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença. O conjunto de fatores que abarcam o complexo conceito de promoção da saúde ainda hoje vem sendo resumido como a ausência de doença. É necessário que o enfermeiro amplie sua visão em relação a esse conceito e colabore na promoção de saúde ao indivíduo renal de forma mais abrangente.

São necessários trabalhos educativos para a saúde da mulher e do homem que, apesar de orientados, muitos não adotam regularmente práticas de promoção da saúde essenciais para a prevenção e diagnóstico precoce de diversas doenças as quais podem ser agravadas na presença de doença renal ou ainda dificultar o processo de tratamento dialítico (BUSS, 2000; FELIX, 2009).

5.4.2 Déficit e Fatores que interferem nos Requisitos de Desenvolvimento

O quadro 8 esquematiza os indicadores de déficits de autocuidado de desenvolvimento e os respectivos conceitos dos indicadores.

Quadro 8 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado de desenvolvimento e os respectivos conceitos.

INDICADORES DOS DÉFICITS DE DESENVOLVIMENTO	CONCEITO DO INDICADOR
Alteração e/ ou desvio no desenvolvimento	Incapacidade de desempenho de habilidades apropriadas à idade e ou inerentes ao grupo etário.
Escolaridade comprometida	Interrupção ou atraso nos anos de estudo relacionados ao padrão da faixa etária.
Atividade de lazer diminuída	Alteração e ou redução das atividades sociais relacionadas ao estágio de desenvolvimento
Atividade laboral comprometida	Impossibilidade, interrupção ou alteração na atividade laboral
Alteração nas relações de vínculo	Ruptura ou comprometimento nas relações familiares, afetivas e sociais
Capacidade adaptativa comprometida	Dificuldade de vivenciar novas situações de vida.

A seguir, o quadro 9 apresenta os respectivos indicadores de déficits de autocuidado de desenvolvimento, os fatores que interferem no autocuidado e a frequência dos usuários identificados.

Quadro 9 - Distribuição dos indicadores dos DFAC de desenvolvimento e fatores identificados nos usuários de DPAC.

INDICADORES DOS DÉFICITS DE DESENVOLVIMENTO	USUÁRIOS IDENTIFICADOS		FATORES QUE INTERFEREM NO AC DE DESENVOLVIMENTO
	N	%	
Alteração e/ ou desvio no desenvolvimento	4	23,5	Distúrbios congênitos e adquiridos Doença renal crônica Comorbidades Idade
Escolaridade comprometida	6	35,3	Distúrbios congênitos Distúrbios adquiridos Comorbidades Doença renal crônica Terapia dialítica Distúrbio da imagem Estigma da doença Tristeza e depressão Modificação situacional Transição situacional Grau de dependência Grau de funcionalidade
Atividade de lazer diminuída	14	82,3	Distúrbios congênitos Distúrbios adquiridos Comorbidades Doença renal crônica Terapia dialítica Distúrbio da imagem Estigma da doença Tristeza e depressão Idade Grau de dependência Grau de funcionalidade
Atividade laboral comprometida	5	29,4	Idade Distúrbios congênitos e adquiridos Doença renal crônica Tempo de DRC Terapia dialítica Comorbidades Distúrbio da imagem Estigma da doença Tristeza e depressão
Alteração nas relações de vínculo	6	35,3	Doença renal crônica Tempo de DRC Terapia dialítica Comorbidades Distúrbio da imagem Estigma da doença Tristeza e depressão
Capacidade adaptativa comprometida	15	88,2	Idade Doença renal crônica Tempo de DRC Terapia dialítica Comorbidades Distúrbio da imagem Estigma da doença Tristeza e depressão Autoeficácia diminuída Capacidade de Resiliência e enfrentamento diminuídos

Conforme demonstrado nos quadros 8 e 9, foram definidos seis indicadores de déficit de desenvolvimento nos participantes do estudo que serão discutidos a seguir.

A alteração e/ou desvio no desenvolvimento foi definido como a incapacidade de desempenho de habilidades apropriadas à idade e ou inerentes ao grupo etário (Quadro 8). Dessa forma, foram identificados 23,5% da amostra com déficit baseado nesse indicador. Nesse aspecto, como fatores que interferem no autocuidado, foram encontrados: distúrbios congênitos e adquiridos, doença renal crônica, comorbidades e idade (Quadro 9).

Os entrevistados identificados com alteração e/ou desvio no desenvolvimento foram todos diagnosticados com DRC ainda na infância ou fase inicial da adolescência e a etiologia da doença vincula-se a fatores congênitos ou adquiridos como hidrocefalia, complicações no parto e infecções por citomegalovírus, rubéola, toxoplasmose ainda na fase gestacional com consequentes malformações orgânicas e prejuízos motores e/ou cognitivos.

O segundo indicador estabelecido foi a escolaridade comprometida que foi conceituada como a interrupção ou atraso nos anos de estudo relacionados ao padrão da faixa etária (Quadro 8). Dessa forma, foram levantados 35,3% da amostra com déficit estando vinculados principalmente aos fatores: distúrbios congênitos, distúrbios adquiridos, comorbidades, doença renal crônica, terapia dialítica, distúrbio da imagem, estigma da doença, tristeza e depressão, modificação situacional, transição situacional, grau de dependência e grau de funcionalidade (Quadro 9).

Atividade de lazer diminuída foi também um indicador de déficit identificado sendo conceituado como a alteração ou redução das atividades sociais relacionadas ao estágio de desenvolvimento (quadro 8). Dessa forma, foram identificados 82,3% dos entrevistados com o déficit que apresentavam como fatores interferentes principais: os distúrbios congênitos, distúrbios adquiridos, comorbidades, doença renal crônica, terapia dialítica, distúrbio da imagem, estigma da doença, tristeza e depressão, idade, grau de dependência e grau de funcionalidade.

A atividade laboral comprometida foi definida como a impossibilidade, interrupção ou alteração na atividade laboral após o aparecimento da doença renal (Quadro 8). Foram detectados 29,4% do total da amostra apresentando o déficit. Como fatores que interferem no autocuidado relacionado a esse indicador foram levantados: idade, distúrbios congênitos e adquiridos, doença renal crônica, tempo de DRC, terapia dialítica, comorbidades, distúrbio da imagem estigma da doença, tristeza e depressão (Quadro 9).

Em relação à alteração nas relações de vínculo, o indicador de déficit foi definido como a ruptura ou comprometimento nas relações familiares, afetivas e sociais após o diagnóstico da DRC (Quadro 8). Nesse sentido, foram constatados 35,3% dos participantes com esse déficit. A doença renal crônica, o tempo de DRC, a terapia dialítica, as

comorbidades, o distúrbio da imagem, o estigma da doença, a tristeza e depressão foram identificados como principais fatores que influenciam no autocuidado (Quadro 9).

Por fim, a capacidade adaptativa comprometida foi o último indicador de déficit de autocuidado de desenvolvimento identificado sendo conceituado como a dificuldade de vivenciar novas situações de vida (Quadro 8). A maioria dos participantes do estudo, 15 usuários (88,2 %), apresentaram déficit na adaptação às modificações decorrentes da doença renal crônica, evidenciadas pelos indicadores: idade, doença renal crônica, tempo de DRC, terapia dialítica, comorbidades, distúrbio da imagem, estigma da doença, tristeza e depressão, autoeficácia diminuída, capacidade de resiliência e enfrentamento diminuídos (Quadro 9).

Dos 17 participantes, 2 (11,8%) receberam o diagnóstico de DRC na infância, 3 (17,7%) na adolescência, 9 (53%) na fase adulta e 3 (17,7%) foram diagnosticados na terceira idade.

As principais mudanças no ciclo vital relacionadas ao surgimento da doença renal crônica ainda na infância relacionam-se a interrupções no crescimento e desenvolvimento evidenciadas pela baixa estatura, baixo peso, redução ou interrupção de atividades recreativas e educacionais. Além disso, constata-se o comprometimento posterior ao longo do ciclo vital desses indivíduos, como a impossibilidade de atividade laboral, de relacionamentos afetivos e vínculos e de atividades de lazer e do dia-a-dia.

“Deixei de passear, tomar banho de rio, ir para casa das minhas primas, ir para casa de parentes. Deixei de estudar porque passava mal na escola e minha mãe tinha que ir me buscar. Tenho menos disposição para brincar, correr”. (U02)

“Ela parou de estudar no início do tratamento, mas depois voltou. Tivemos que nos mudar para a cidade. Nós morávamos na fazenda.” (U06), citado pelo cuidador. (C6)

Da mesma forma, na fase da adolescência, observa-se o comprometimento do percurso do desenvolvimento percebido pela falta de perspectiva de atividades laborais e seguimentos dos estudos, rompimentos de relações, impedimento ou dificuldade de vínculos amorosos e a redução ou interrupção de atividades do cotidiano que são características dessa fase da vida, como viajar, brincar, passear e se divertir com amigos.

“Estava estudando, ia fazer um estágio para trabalhar e não pude mais. Tive que me mudar, fiquei longe da minha família. Minha vida social mudou, deixei de sair. Gostaria de estudar e trabalhar, mas é difícil por causa dos horários.” (U07)

“No início atrapalhou um pouco os estudos, depois voltei. Deixei de jogar bola.” (U10)

Na fase adulta, foram identificados o comprometimento de trabalho, estudo e em atividades de lazer como sair e viajar e principalmente o rompimento ou alterações nas relações afetivas, como falta de entusiasmo, medo ou vergonha para se relacionar.

- “Deixei de sair, diminuí vida social, deixei de viajar...” (U01)
- “Mudou o trabalho, porque agora eu trabalho menos. Eu ganhava melhor, agora ganho pouco. Diminuí minha energia para o trabalho. Tenho namorada, mas nos afastamos mais.” (U03)
- “Tive depressão. Ia fazer faculdade e não fiz. Participava mais da igreja.” (U05)
- “Deixei de sair um pouco mais. Fiquei mais pensativo, preocupado, com medo do tratamento não dar certo.” (U08)
- “Tive que mudar hábitos. Deixei de andar a cavalo e participar das festas da igreja. Tinha um sítio e tive que vender.” (U11)
- “Eu viajava muito no meu carro. Eu estava onde eu queria estar. Era livre. Perdi minha perspectiva de vida. Deixei de fazer atividade física. Perdi o entusiasmo. Deixei de namorar, de ter vida social. Tinha planos de morar na Itália com minha irmã.” (U12)
- “Deixei de viajar. Viajava duas vezes ao ano. Deixei de fazer corrida. Deixei de fazer faxina em casa, cuidar da casa...” (U13)
- “Trabalhava em uma empresa de serviço de limpeza e tive que aposentar, deixei de fazer tarefas da casa.” (U15)
- “Minha liberdade de ir e vir diminuiu. De sair, viajar... não posso viajar, e eu gosto muito. Agora tenho esse compromisso. Gostaria de viajar para longe, visitar parentes. Mas lá tem muita poeira, falta luz...daí fico com receio de ir...” (U16)

Na terceira idade, foram verificadas a redução ou interrupção de atividades do dia-a-dia, alterações da rotina diária, rompimento ou alterações nas relações e redução de atividades de lazer. Ressalta-se também, nessa fase, o reajuste familiar que ocorre devido ao quadro de dependência devido, muitas vezes, a necessidade de um cuidador o que provoca a alteração na estrutura familiar, mudança de ambiente ou de cidade para continuidade no tratamento.

- “Tive muitas dificuldades, tenho que ficar só deitado, minhas costas doem. Fiquei limitado. Sinto fraqueza.” (U04)
- “Deixei de fazer atividades físicas, fazia artes marciais, capoeira. Fazia reformas, trabalhava como pedreiro e deixei de fazer. Antes viajava duas vezes no ano.” (U09)
- “Deixei de trabalhar na roça. Tive que mudar para a cidade e marido ficou na roça. Só depois de um ano que ele foi pra cidade também. Ia para todos os lugares, era alegre, andava... No início saía de casa e as pessoas ficavam assustadas com meu estado ... daí deixei de sair... ficava mal...” (U14)

Percebe-se que a doença renal crônica traz efeitos deletérios no percurso do desenvolvimento do indivíduo sendo que aqueles que cursam com a lesão desde a infância apresentam maiores prejuízos durante o ciclo da vida em decorrência das limitações e consequências da doença. As agressões e limitações trazidas pela DRC minam a motivação e o entusiasmo do indivíduo para prevenir ou vencer as situações de crise no processo de desenvolvimento humano e dificultam sua adaptação aos efeitos negativos da doença. Nesse sentido, as ações para a provisão de autocuidado nesse requisito tornam-se prejudicadas ou inadequadas gerando déficits que exigem intervenções efetivas.

Em relação à diminuição da disposição para atividades cotidianas verifica-se nos discursos dos entrevistados a falta de motivação ou entusiasmo pela vida após o surgimento da doença e a diminuição da força de trabalho e da energia para sair, viajar, se divertir ou trabalhar. No que tange o tratamento dialítico, a limitação de horário, a necessidade de ambiente adequado, medo de adquirir infecções, logística para transporte de material e dependência de cuidador foram os fatores encontrados que impedem a disposição para as atividades.

A depressão e isolamento social foram identificados através do relato de tristeza e incômodo pela doença e tratamento; falta de entusiasmo e motivação para sair, se divertir, se relacionar, viajar e voltar a fazer atividades que davam prazer.

“Às vezes me olho e sinto feia. Fico deprimida, triste.” (U16)
 “Fico triste às vezes. A gente fica preso. Meu esposo se sente preso... Gostaria de viajar.” (U01)

O distúrbio da autoimagem e preconceito social foram percebidos pela referência a incômodo, vergonha e tristeza pela aparência devido ao ganho ou perda de peso, aumento da circunferência abdominal, presença do cateter de diálise e cicatrizes abdominais que impedem a exposição do corpo com naturalidade.

“Fiquei com a barriga com cicatrizes, com a barriga grande. Não gosto de usar roupas que mostram o cateter.” (U02)
 “Eu tinha um corpo lindo. Eu defínhei, emagreci. Tenho cicatrizes na barriga, no corpo e o aumento da barriga. Eu usava muita roupa com a barriga de fora...” (U12)
 “Fiquei com a barriga grande, as cicatrizes, o cateter na barriga...” (U15)
 “Fiquei com barriga grande. Engordei mais. Antes não tinha barriga.” (U16)

Além disso, as comorbidades e os fatores condicionantes associados à doença renal crônica se somam nessa interferência do processo de desenvolvimento o que agrava a adaptação aos efeitos negativos e reduzem a expectativa e a qualidade de vida desses indivíduos.

5.4.3 Déficits e Fatores que interferem nos Desvios de Saúde.

Para a determinação dos déficits de autocuidado de desvios de saúde, foram considerados os seguintes indicadores de déficits tomando por base o raciocínio de Bezerra (2013): conhecimento sobre a doença renal crônica e a diálise peritoneal; conhecimento sobre

a conduta terapêutica e assistencial; e adesão para manutenção do tratamento. Os indicadores e seus respectivos conceitos estão demonstrados no quadro 10.

Quadro 10 - Distribuição dos indicadores dos déficits de autocuidado de desvios de saúde e os respectivos conceitos.

INDICADORES DE DFAC NOS DESVIOS DE SAÚDE	CONCEITO DO INDICADOR
Desconhecimento sobre a doença renal e tratamento	Falta de entendimento sobre a causa e a consequência da DRC e falta de entendimento básico sobre o funcionamento da DP e sua importância
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial	Falta de compreensão e capacidade técnica sobre o sistema de DP e suas complicações. Falta de compreensão sobre o manejo da terapia farmacológica e não farmacológica.
Falta de adesão para a manutenção do tratamento	Falta de acessibilidade e assiduidade quanto aos cuidados requeridos na fase de manutenção da terapia dialítica

A seguir, o quadro 11 apresenta os requisitos de autocuidado de desvios de saúde com os respectivos indicadores de déficits, os fatores que interferem no autocuidado e a frequência dos usuários identificados.

Quadro 11 - Distribuição dos indicadores dos déficits e fatores que interferem nos desvios de saúde identificados nos usuários de DPAC.

Indicadores de DFAC nos Desvios de Saúde	Usuários com DAC n	%	Fatores que interferem no AC
Desconhecimento sobre a doença renal e tratamento			Déficit de conhecimento Escolaridade Idade
Conhecimento sobre a Doença Renal Crônica	7	41,2	
Conhecimento sobre a Diálise Peritoneal	2	11,8	
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial			Déficit de conhecimento Escolaridade Idade Grau de dependência Grau de funcionalidade
Manuseio da cicladora, técnica e montagem do sistema de DP	7	41,2	
Cuidados com o cateter	1	5,9	
Complicações	4	23,5	
Medicações	11	64,7	
Restrição hídrica	14	82,3	
Restrição dietética	14	82,3	
Falta de adesão para a manutenção do tratamento			Déficit de conhecimento Idade Comorbidades Disponibilidade de recursos financeiros Grau de dependência Grau de funcionalidade
Acesso ao Serviço de Saúde para manutenção do tratamento	8	47	
Assiduidade na realização da DP diária nos últimos três meses	7	41,2	
Assiduidade às consultas periódicas nos últimos três meses	3	17,7	

O indicador de déficit conhecimento sobre a doença renal e tratamento foi conceituado como a falta de entendimento sobre a causa e consequência da DRC e falta de entendimento básico sobre o funcionamento da DP e sua importância (Quadro 10).

Em relação ao conhecimento sobre a DRC, 7 usuários (41,2%) referiram dúvidas sobre a doença. Os questionamentos englobaram a causa da disfunção renal e o processo de adoecimento do rim, os motivos pelos quais há impedimento do transplante e se há possibilidade de regeneração do rim e retorno à função renal normal.

Quanto ao conhecimento sobre a diálise peritoneal, a maioria dos entrevistados (88,2%), referiu compreender o processo e explicaram o método de forma básica, mas de maneira correta. 11,8% (02 usuários) relataram não entender como a diálise peritoneal funciona e não compreendem o motivo do aparecimento do edema quando não realizam a terapia corretamente.

Como fatores importantes que interferem no autocuidado em relação a esse indicador foram levantados o déficit de conhecimento, a idade e a escolaridade.

No que tange o conhecimento sobre a conduta terapêutica e assistencial, esse indicador foi definido como a falta de compreensão e capacidade técnica sobre o sistema de DP e suas complicações e a falta de compreensão sobre o manejo da terapia farmacológica e não farmacológica (quadro 10). Esse item incluiu o manuseio da cicladora; técnica e montagem do sistema de DP; cuidados com o cateter, complicações, medicações, restrição hídrica e dietética.

Todos os usuários que realizam a diálise sem auxílio de cuidador (6/17) referiram não ter dificuldade para realizar a terapia e manuseiam a cicladora e demais componentes do sistema sem nenhum impedimento. 04 (23,5%) usuários realizam a terapia com auxílio do cuidador e 7 (41,4%) não conseguem realizar o procedimento e dependem do cuidador para todos os procedimentos de manipulação da terapia.

Quanto aos cuidados com o cateter, apenas 01 usuário (5,9%) referiu não saber os cuidados necessários. O restante dos entrevistados (94,1%) citou a necessidade de curativo diário (64,7%), lavagem das mãos (17,7%), higiene (29,4%), limpeza do ambiente (5,9%), uso de máscara e proteção do cateter contra traumas (23,5%) e contaminação (17,7%) como medidas para a proteção do dispositivo. Os usuários também referiram os seguintes sinais e sintomas que devem ser observados para detecção de infecção do local de saída do cateter: secreção purulenta (29,4%), secreção amarelada (35,3%), presença de sangue (5,9%), inchaço (5,9%), febre (5,9%), vermelhidão (35,3%), odor (5,9%), coceira (5,9%), dor (5,9%), e aparecimento de lesão e sujidade no orifício (5,9%).

Todos os participantes referiram conhecer algumas complicações advindas do tratamento, expressadas pelas seguintes citações: peritonite (58,8%), perda do peritônio (5,9%), diminuição do apetite (5,9%), desidratação (5,9%), edema (5,9%), aumento da uréia (5,9%), diminuição da imunidade (5,9%) e óbito (11,8%).

Em relação aos cuidados para a prevenção da peritonite, 4 usuários (23,5%) referiram desconhecimento acerca das medidas para evitar a infecção. Dos que responderam conhecer (76,5%), foram citados os seguintes cuidados: higiene (53%), ambiente limpo (35,3%), lavagem das mãos (29,4%), uso da máscara (17,7%), cuidado no momento da conexão da linha do sistema ao cateter (11,8 %) e não possuir animais domésticos (5,9%).

64,7% (11/17) dos participantes afirmaram dificuldade para tomar as medicações prescritas no horário e dosagem recomendados. 41,2% (7/17) disseram que se esqueciam de tomar, 5,9% (1/17) referiu não necessitar de todos os medicamentos e 5,9% (1/17) relatou sentir efeitos adversos e por esse motivo não tomava corretamente. Houve também o relato da dificuldade em seguir o tratamento farmacológico devido à dependência do cuidador para a administração (11,8%).

Em relação à restrição hídrica, 14 usuários (82,3%) responderam não saber quanto devem ingerir de líquidos por dia e 70,6% desses entrevistados afirmaram não conhecer a importância da diurese residual e sua relação com a quantidade de consumo de líquido diário.

A maioria dos participantes, 82,3%, reconheceu não seguir a dieta corretamente. Foram citados os seguintes razões como motivos para a alimentação inadequada: falta de apetite (23, 5%), não se importavam em seguir a dieta (23,5%), falta de conhecimento (11,8%), não viam problema em não seguir (11,8 %), falta de recursos (5,9%) e falta de monitoramento em casa (5,9%).

Além disso, 41,2% dos usuários afirmaram não saber quais alimentos devem ser evitados ou ingeridos com moderação. Os outros 58,8 % disseram ter conhecimentos sobre as restrições, porém expressaram citações incompletas ou erradas sobre a dieta alimentar: Da mesma forma, quanto ao conhecimento sobre os alimentos que poderiam ser consumidos sem restrições, 47% afirmaram não conhecer. Os que afirmaram ter conhecimento (53%) elencaram itens de forma incompleta ou alimentos que devem ser restringidos na dieta.

Como fatores que interferem no autocuidado nesse indicador, foram identificados o déficit de conhecimento, idade, escolaridade, grau de dependência e grau de funcionalidade como os principais.

Em relação à adesão para manutenção do tratamento, esse indicador foi definido como a falta de acessibilidade e assiduidade quanto aos cuidados requeridos na fase de manutenção

da terapia dialítica (Quadro 10). Os itens incluídos foram o acesso ao serviço de saúde para manutenção do tratamento, a assiduidade na realização da DP diária nos últimos três meses e a assiduidade às consultas periódicas nos últimos três meses.

53% (9/17) dos participantes referiram não possuir dificuldade para se deslocarem ao hospital para as consultas e exames periódicos, porém 47 % (8/17) afirmaram dificuldade para comparecerem ao serviço médico devido compromissos de trabalho (5,9%); dificuldade de locomoção devido debilidade (17,7%); dependência de terceiros para o deslocamento (17,7%); e 41,2% (7/17) devido necessidade de condução especial.

41,2% (7/17) dos usuários informaram que deixaram de realizar a terapia dialítica três vezes ou mais nos últimos três meses e apontaram compromissos sociais, preguiça ou cansaço como os motivos para a má adesão. 35,3% (6/17) afirmaram realizar diariamente a conexão à máquina no horário estabelecido e 11,8% deixaram de realizar o tratamento uma ou duas vezes nesse período.

Apesar das dificuldades, a maioria dos entrevistados (82,3%) compareceu a todas as consultadas agendadas nos últimos três meses.

Como fatores que interferem no autocuidado em relação a esse indicador, foram identificados o déficit de conhecimento, a idade, a disponibilidade de recursos financeiros, as comorbidades, o grau de funcionalidade e o grau de dependência.

5.4.4 Déficit e Fatores que interferem no Cuidado de Dependente.

O quadro 12 esquematiza os indicadores de défcits de cuidado de dependente e os respectivos conceitos dos indicadores.

Quadro 12 - Distribuição dos indicadores dos défcits de cuidado de dependente e os respectivos conceitos.

INDICADORES DOS DÉFCITS DE CUIDADO DE DEPENDENTE	CONCEITO DO INDICADOR
Défcit na capacidade psicoemocional para cuidar	Alteração de humor e nível de estresse por sobrecarga desde o início da relação de dependência
Escala de ZBI	Cuidadores classificados com SOBRECARGA MODERADA a SEVERA ou SOBRECARGA SEVERA.
Défcit na capacidade técnica para cuidar	Conhecimento deficiente ou dificuldade em relação ao cuidado.
Défcit na capacidade física para cuidar	Presença de respostas físicas de adoecimento que comprometem o cuidado.
Défcit na motivação para cuidar	Falta de estímulo ou sentido para cuidar.

A seguir, o quadro 13 apresenta os indicadores de défcits de cuidado de dependente, os fatores que interferem e a frequência dos usuários identificados.

Quadro 13 - Distribuição dos indicadores de déficit de cuidado de dependente e os fatores relacionados identificados.

Indicadores do Déficit de Cuidado de Dependente	n	%	Fatores que interferem no CD
Déficit na capacidade psicoemocional para cuidar			Duração da relação de dependência Responsabilidade Sobrecarga
Relato de tristeza	8	57,1	
Relato de irritação	7	50	
Relato de preocupação	11	78,6	
Escala de ZBI	4	28,6	
Déficit na capacidade técnica para cuidar			Déficit de conhecimento Idade Escolaridade Grau de dependência do usuário Grau de funcionalidade do usuário Tipo de vínculo entre a unidade CD Indisponibilidade de recursos
Conhecimento deficiente sobre a diálise peritoneal	2	14,3	
Dificuldade no auxílio à restrição dietética	9	64,3	
Dificuldade no auxílio à restrição hídrica	7	50	
Dificuldade no acompanhamento do usuário para as avaliações do estado de saúde	9	64,3	
Dificuldade nos cuidados de higiene e curativos	3	21,4	
Dificuldade no auxílio na administração de medicamentos	5	35,7	
Déficit na capacidade física para cuidar			Idade Comorbidades Indisponibilidade de recursos financeiros Sobrecarga Duração da relação de dependência
Problemas de saúde	8	57,1	
Limitações físicas	10	71,4	
Alteração do sono repouso	8	57,1	
Indisposição diminuição da energia	11	78,6	
Diminuição da atividade física	8	57,1	
Déficit na motivação para cuidar			Tipo de vínculo entre a Unidade CD Natureza e qualidade do relacionamento entre usuário e cuidador
Sentimentos negativos expressos na relação entre usuário- cuidador	4	28,6	
Relacionamento usuário-cuidador comprometido	2	14,3	
Comunicação usuário-cuidador comprometida	3	21,4	

Assim como nos déficits de autocuidado, na identificação dos déficits de cuidado de dependente, foram definidos preliminarmente os respectivos indicadores que foram categorizados em quatro itens segundo a classificação de Taylor e Renpenning, et al (2001): déficit na capacidade psicoemocional para cuidar; déficit na capacidade técnica para cuidar; déficit na capacidade física para cuidar e déficit na motivação para cuidar.

O déficit na capacidade psicoemocional para cuidar foi definido como a alteração de humor e nível de estresse por sobrecarga desde o início da relação de dependência (Quadro 12) e foi identificado através de relato de tristeza, irritação, preocupação e também por

cuidadores classificados com sobrecarga moderada a severa e sobrecarga severa segundo a escala de ZBI demonstrada no quadro 4.

Nesse sentido, 57,1% dos cuidadores relataram tristeza e associaram esse estado de humor devido ao sofrimento que o parente passa pela doença e tratamento. 50% referiram irritação devido à sobrecarga e responsabilidade e por tudo que deixam de fazer para cuidar do outro. Uma quantidade considerável dos entrevistados (78,6%) se sente mais preocupada após o início da doença e tratamento e associam esse estado às demandas e às responsabilidades do cuidar diário (7/14) e à preocupação com o estado de saúde do parente (4/14). Nesse sentido, referem estar mais ansiosos, irritados e cansados no dia-a-dia.

“Estou o tempo todo ou triste ou ansiosa ou irritada... por ver o sofrimento dela.” (C02)

“A maioria do tempo eu me sinto triste e irritada porque estou me sacrificando sozinha pelo meu pai, meu irmão não me ajuda.” (C03)

“Eu me considero uma pessoa triste. Eu fico chorando... não gosto da minha situação.” (C08)

“Porque me preocupo muito com ele, com a diálise, com as coisas da casa. Sou só eu pra cuidar de tudo.” (C07)

Quando questionados sobre o que mudou em suas vidas após o início das atividades de cuidar, a maioria (78,6%) respondeu que restringiu as atividades de lazer como passeios e viagens e o discurso “me sinto preso (a)” foi evidenciado em 35,7% dos cuidadores. Além disso, houve relatos de interrupção das atividades laborais (35,7%); aumento da sobrecarga de atividades diárias e mudança de rotina (28,6%).

“A minha liberdade em relação a sair, viajar. Fiquei mais restrita. Tenho sempre que pensar nela primeiro.” (C01)

“Por que deixei de realizar muitas coisas na minha vida por causa dela. Deixei de trabalhar, deixei minha carreira, meus estudos. Eu parei tudo na minha vida para cuidar dela.” (C12)

Da mesma maneira, quando questionados a respeito de qual atividade gostariam de fazer e não realizavam devido ao papel de cuidador, 8 (57,1%) responderam que viajariam e teriam mais lazer, 6 (42,9%) poderiam trabalhar; 3 (21,4%) cuidariam mais da sua própria casa e de seus filhos; 1 (7,1%) voltaria a estudar; 1 (7,1%) mudaria para outra cidade devido propostas de emprego; e 1 (7,1%) alegou que poderia ter mais vida social e relacionamentos amorosos.

De acordo com a Escala de ZBI, 28,6% dos cuidadores se enquadravam na classificação de sobrecarga moderada a severa e sobrecarga severa.

Os fatores que interferem no cuidado de dependente identificados segundo essa categoria foram: a duração da relação de dependência, a responsabilidade do cuidador e a sobrecarga de cuidado.

O segundo indicador de déficit de cuidado de dependente identificado foi o déficit na capacidade técnica para cuidar, definido como o conhecimento deficiente ou dificuldade em relação ao cuidado (Quadro 12). Para esse déficit, foram levantadas 06 categorias: conhecimento deficiente sobre a diálise peritoneal; dificuldade no auxílio à restrição dietética; dificuldade no auxílio à restrição hídrica; dificuldade no acompanhamento do usuário para as avaliações do estado de saúde; dificuldade nos cuidados de higiene e curativos e dificuldade no auxílio na administração de medicamentos.

Em relação ao conhecimento sobre a terapia dialítica, 14,3% (02 usuários) relataram não compreender como a diálise peritoneal funciona, porém alegam entender a importância do tratamento e sua responsabilidade no manuseio da máquina e componentes para evitar complicações. Em contrapartida, todos os cuidadores afirmaram não ter dúvidas em relação à técnica e ao manuseio da cicladora sendo que 42,9% explicaram o método de forma mais elaborada e 57,1% expuseram sua compreensão de maneira básica, porém de forma correta.

Em relação à dificuldade no auxílio à restrição dietética, 64,3% dos cuidadores referiram dificuldade em auxiliar o dependente no seguimento da dieta recomendada devido ao fato dos usuários serem resistentes aos conselhos dos cuidadores. Quanto à restrição hídrica, o caso assemelha-se sendo que 50% dos cuidadores alegaram dificuldade em colaborar na ingestão adequada de líquidos devida também ao déficit de conhecimento.

No que se refere ao acompanhamento do usuário às consultas e exames periódicos, 64,3% dos cuidadores relataram dificuldade devido às atividades laborais, atividades domésticas, indisponibilidade de recursos como transporte ou dinheiro para o traslado.

Em relação à dificuldade nos cuidados de higiene e curativos, 21,4% dos cuidadores referiram dificuldade devido ao grau de dependência e funcionalidade do usuário e também pela dificuldade do cuidador em lidar com o corpo de outrem por acharem desconfortável manipular o cateter abdominal.

Quanto à dificuldade no auxílio na administração de medicamentos, 35,7% dos cuidadores referiram dificuldade para desempenhar essa tarefa devido à incompatibilidade de horários somada às outras atividades de cuidador e também à resistência dos usuários em seguir corretamente às medicações prescritas.

Como fatores que dificultam o cuidado de dependente nessa categoria, foram identificados o déficit de conhecimento, a idade, a escolaridade, a indisponibilidade de

recursos, o grau de funcionalidade e de dependência do usuário e o tipo de vínculo entre a unidade usuário-cuidador.

O terceiro déficit de cuidado de dependente identificado foi a capacidade física para cuidar, definida como presença de respostas físicas de adoecimento que comprometem o cuidado (Quadro 12). Dessa forma, 57,1% dos cuidadores afirmaram ter algum problema de saúde sendo que 3 (21,4%) referiram epigastralgia e usavam protetores gástricos; 2 (14,3%) eram hipertensos e faziam uso regular de medicação hipotensora; 1 (7,1%) tinha diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e fazia acompanhamento; e 2 (14,3%) relataram episódios recorrentes de infecção respiratória alta.

Quando questionados sobre a presença de alguma limitação física que prejudicasse a atividade de cuidar, 42,9 (6/14) cuidadores relataram sentir dores articulares e 4 (28,6%) referiram dores na coluna. 57,1% (8/14) alegaram alteração em relação ao sono e repouso e reconheceram que dormiam menos devido à preocupação que sentiam em relação ao usuário e à diálise noturna, 78,6% afirmaram sentir mais cansaço, indisposição e diminuição da energia após terem assumido o papel de cuidador.

41,4 % dos usuários eram dependentes dos seus cuidadores na realização da terapia dialítica e compartilhavam o quarto com eles o que pode influenciar na dependência e contribuir na alteração do padrão de sono dos cuidadores.

Quanto à realização de atividade física regular, 8 (57,1%) dos cuidadores referiram não realizar nenhuma atividade e 6 (42,9%) relataram a prática de exercícios como corrida, caminhada, musculação, pilates e artes marciais.

Em relação aos anos dedicados ao cuidado, 6 (42,9%) cuidavam há mais de cinco anos; 5 (35,7%) entre três a cinco anos; 2 (14,3%) desenvolviam as atividades de cuidador entre 1 a 3 anos e somente 01 cuidador (7,1%) tinha menos de um ano de dedicação a essa atividade.

Sobre as horas diárias dedicadas à atividade de cuidador, 35,7% (5/14) afirmaram dedicação em tempo integral e outros 35,7% (5/14) relataram que se dedicavam meio período. 28,6% (4/14) somente auxiliavam na montagem, conexão ou desconexão do sistema de diálise.

71,4% (10/14) dos cuidadores afirmaram receber de outras pessoas da família algum tipo de auxílio no cuidado, porém alegaram que a maior responsabilidade do cuidar estava em suas mãos sendo, portanto, o cuidador principal. O auxílio esporádico com a diálise, no acompanhamento em consultas e na administração de medicações foram alguns auxílios citados que eram desempenhados por outros familiares como irmãs, filhos, mãe e esposo.

Os fatores que interferem no cuidado de dependente que foram reconhecidos nesse déficit foram a idade, as comorbidades do cuidador, a sobrecarga de cuidado e a duração da relação de dependência.

O déficit na motivação para cuidar foi o último déficit de cuidado de dependente identificado, sendo definido como a falta de estímulo ou sentido para cuidar (Quadro 12). Nesse déficit, foram levantadas 03 categorias: sentimento negativo em relação ao papel de cuidador, relacionamento usuário-cuidador comprometido e comunicação usuário-cuidador comprometida.

Assim, 28,6% dos cuidadores referiram sentimentos negativos em relação ao papel de cuidador sendo que afirmaram não gostar da atividade, consideravam cansativa e desempenhavam-na porque não havia outra alternativa. 14,3% (2/14) desses entrevistados reconheceram que se houvesse outra pessoa da família para assumir o cuidado, eles transfeririam a responsabilidade ou pagariam um serviço terceirizado de assistência domiciliar se tivessem recursos financeiros ou se o restante da família concordasse.

“Só faço porque preciso. Se tivesse como, eu pagaria uma pessoa para cuidar dele.” (C03)

“Acho que ninguém gosta. Eu faço porque preciso fazer por ela.” (C10)

Quando os cuidadores foram questionados sobre como classificavam a sua relação com o usuário, 6 (42,9%) responderam que classificavam como ótima; 6 (42,9%) classificavam como boa; 1 (7,1%) dizia ser regular; e 1 (7,1%) classificava como uma relação péssima.

“Eu não tive muito contato com meu pai quando era pequena, eu não consigo me lembrar dele na infância...eu acho a gente muito afastado. Temos um distanciamento. Então, nossa relação não é muito boa...” (C03)

Em relação à qualidade de comunicação entre eles, 6 (42,9%) classificaram como uma comunicação ótima; 5 (35,7%) como boa; 2 (14,3%) disseram ter uma comunicação regular; e 1 (7,1%) cuidador classificou que tem uma comunicação péssima com o usuário.

“A gente só conversa brigando, não consigo falar com ele sem brigar. Às vezes ele grita comigo... Sinto ingratidão da parte dele às vezes, porque me sacrifico por ele...” (C03)

Os fatores que interferem no cuidado de dependente que foram reconhecidos nesse déficit foi o tipo de vínculo entre a unidade de cuidado de dependente e a natureza e qualidade do relacionamento entre o usuário e cuidador.

A qualidade de comunicação entre dependente e o agente de CD e a natureza do relacionamento entre eles são características relevantes no sistema de cuidado de dependente. O tipo de vínculo entre os membros da unidade é um atributo que dá “o sentido do cuidado para o cuidador” e o motiva a se doar nessa relação sendo referido por Taylor et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011) como o fator condicionante mais significativo no estabelecimento do sistema de cuidado dependente.

5.5 SISTEMAS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES PARA OS DÉFICITS DE AUTOCUIDADO E CUIDADO DE DEPENDENTE.

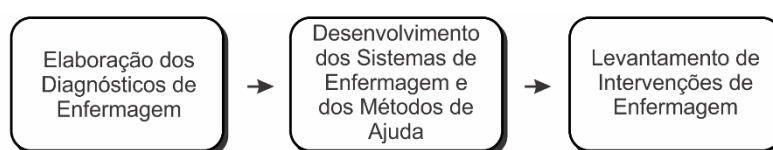


Figura 7- Estudo II - Fase 3

Após a apresentação dos déficits de autocuidado e do cuidado de dependente, foram levantados os respectivos diagnósticos de enfermagem baseados na NANDA Internacional (HERDMAN, 2013) conforme demonstrados no quadro 10.

Os conceitos dos indicadores definidos no estudo possibilitaram a identificação das características definidoras e os fatores que interferem no autocuidado e no cuidado de dependente levantados segundo o modelo de Orem viabilizaram reconhecer os fatores relacionados segundo a classificação da NANDA Internacional.

Quadro14- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os déficits de autocuidado e déficits de cuidado de dependente identificados.

DÉFICITS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL IDENTIFICADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Dispneia	Padrão respiratório ineficaz relacionado à posição do corpo evidenciado por dispneia.
Edema	Volume de líquidos excessivo relacionado a ingestão excessiva de líquidos e de sódio e mecanismos reguladores comprometidos evidenciado por edema, ganho de peso em um curto período e ou ingestão maior que o débito.
Desidratação	Volume de líquidos deficiente relacionado à falha dos mecanismos reguladores e ingestão deficiente de água evidenciado por perda de peso, diminuição do turgor da pele e língua e sensação de sede.
Obesidade/ Ganho de peso	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionada a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas e à atividade física (gasto calórico) evidenciado por peso acima do ideal para altura e compleição (IMC acima dos valores de referência)
Emagrecimento/ Perda de peso	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades

	corporais relacionada a fatores biológicos (doença renal) evidenciado por peso corporal abaixo do ideal (IMC abaixo dos valores de referência)
Constipação	Constipação relacionada a fatores farmacológicos (carbonato de cálcio e dose excessiva de laxantes), fatores mecânicos (hemorroidas e intervenções cirúrgicas anteriores), hábitos alimentares deficientes e atividade física insuficiente evidenciada por frequência diminuída de evacuação.
Insuficiência renal	Eliminação urinária prejudicada relacionada à insuficiência renal crônica evidenciada por oligúria e ou anúria.
Diminuição Ausência de atividade física	Estilo de vida sedentário relacionado a conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz, falta de interesse e ou motivação e falta de recursos evidenciado por escolha de uma rotina diária sem exercícios físicos e verbalização de preferência por atividades com pouco exercício físico.
Grau de dependência e funcionalidade	Intolerância à atividade relacionada a estilo de vida sedentário, fraqueza generalizada e imobilidade evidenciada por relato de dispneia e fraqueza.
Grau de dependência e funcionalidade	Mobilidade física prejudicada relacionada a prejuízos musculoesqueléticos, atraso no desenvolvimento e desconforto evidenciado por capacidade funcional (Índice de Katz e Escala de Lawton) diminuída.
Qualidade do sono prejudicada	Padrão de sono prejudicado relacionado a interrupções (terapia dialítica noturna) e ruídos evidenciado por relatos de dificuldade para dormir, relatos de ficar acordado e relatos de não conseguir sentir bem descansado.
Atividade de lazer diminuída	Interação social prejudicada relacionada a distúrbio no autoconceito, mobilidade física prejudicada evidenciada por desconforto em situações sociais e relato familiar de mudança de interação.
Relacionamento interpessoal diminuído	Isolamento Social relacionado a alterações na aparência física evidenciado por afeto triste, doença renal e deficiências.
Vacinação e avaliação preventiva desatualizadas	Manutenção ineficaz da saúde relacionada à incapacidade de realizar julgamentos adequados, prejuízo cognitivo e insuficiência de recursos evidenciado por falta demonstrada de conhecimentos com relação a práticas básicas de saúde, vacinação e avaliações preventivas desatualizadas.
DÉFICITS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO IDENTIFICADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Alteração no desenvolvimento	Atraso no desenvolvimento relacionado a consequências de incapacidade física evidenciado por crescimento físico alterado e incapacidade de desempenho de atividades e habilidades apropriadas à idade.
Capacidade adaptativa comprometida	Enfrentamento ineficaz relacionado à crise situacional e incerteza evidenciado por relato de incapacidade de enfrentamento.
Capacidade adaptativa comprometida	Resiliência individual prejudicada relacionada a estigma da doença evidenciada por baixa autoestima, condição de saúde percebida como inferior e diminuição de interesse por atividades.
Atividades de lazer diminuída Capacidade adaptativa comprometida	Distúrbio da imagem corporal relacionada à doença renal e ao tratamento dialítico evidenciado por esconder de forma não intencional parte do corpo e mudança no envolvimento social.
Alteração nas relações de vínculo	Disfunção sexual relacionada à estrutura e função corporal alterada e falta de pessoa significativa evidenciada por limitações percebidas e reais impostas pela doença renal, verbalização do problema e mudança do interesse por si mesmo.

Alteração nas relações de vínculo	Padrão de sexualidade ineficaz relacionado a déficit de conhecimento, falta ou relacionamento prejudicado com pessoa significativa evidenciado por relato de mudanças nas atividades sexuais.
DÉFICITS DE AUTOCUIDADO DE DESVIOS DE SAÚDE IDENTIFICADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Desconhecimento sobre a doença renal, tratamento e conduta terapêutica e assistencial	Conhecimento deficiente relacionado à interpretação errônea de informações e limitação cognitiva evidenciado por verbalização do problema e seguimento inadequado de instruções.
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial	Autocontrole ineficaz da saúde relacionado a déficit de conhecimento, complexidade do regime terapêutico, déficit de apoio social e indisponibilidade de recursos financeiros evidenciado por expressão de dificuldade com os regime prescritos.
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial	Risco de infecção relacionado a conhecimento deficiente, defesas primárias inadequadas (pele rompida devido presença de cateter), doença renal crônica e tratamento dialítico.
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial	Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos (cateter de diálise peritoneal) evidenciada por tecido lesado (local de saída do cateter)
Desconhecimento da conduta terapêutica e assistencial	Controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado à complexidade do regime terapêutico e sistema de assistência à saúde evidenciado por atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de saúde e reduzir fatores de risco.
DÉFICITS DE CUIDADO DE DEPENDENTE IDENTIFICADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Déficit na capacidade psicoemocional para cuidar	Tensão do papel de cuidador relacionado à complexidade das atividades, responsabilidades de cuidado 24 horas por dia, anos de cuidados e cronicidade da doença do usuário evidenciado por relato de tristeza, preocupação, nervosismo e estresse aumentados.
Déficit na capacidade psicoemocional para cuidar	Sobrecarga de estresse relacionada a estressores intensos (doença renal crônica) e exigências em relação ao cuidado evidenciado por demonstração de aumento de sentimentos de tristeza, preocupação, impaciência e classificação na escala de ZBI como sobrecarga moderada a severa e severa.
Déficit na capacidade física para cuidar	Tensão do papel de cuidador relacionado a incapacidades físicas (estado de saúde, problemas físicos) evidenciado por relato de alterações de saúde pelo cuidador (problemas de saúde, padrão de sono perturbado, fadiga)
Déficit na capacidade técnica para cuidar	Tensão do papel de cuidador relacionada à complexidade e quantidade de atividades, inexperiência em executar cuidados e indisponibilidade de recursos evidenciado por dificuldade para realizar as tarefas necessárias.
Déficit na motivação para cuidar	Tensão do papel de cuidador relacionado à história de relacionamento insatisfatório evidenciado por relato de dificuldade em assistir e ou se relacionar com o receptor de cuidados.

Após identificar os diagnósticos de enfermagem, foi elaborado proposta de plano de cuidados de enfermagem segundo o Modelo de Orem, sendo determinadas as metas e os objetivos, o sistema de enfermagem, o método de ajuda e, na sequência, foram propostas intervenções de enfermagem, apresentadas no quadro 11 e 12 a fim de apoiar o enfermeiro na

avaliação, orientação e na implementação de cuidados de enfermagem a usuários renais que se submetem à DP e também a seus familiares e cuidadores.

Quadro15- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, meta, objetivos, sistema de enfermagem, métodos de ajuda e intervenções de enfermagem para os usuários de DPAC formulados baseados no Modelo de Orem.

DE: Padrão respiratório ineficaz
Meta/ Objetivos: Estabelecerá padrão respiratório normal e eficaz . Verbalizará e demonstrará que entende os fatores causadores, as maneiras para evitá-los ou controlá-los.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Ensinar
Intervenções: Explicar a causa da dispneia. Orientar posições que minimizem o desconforto respiratório. Avaliar coexistência de dor ou desconforto. Orientar evitar ingestão excessiva de alimentos e ou líquidos no período noturno. Recomendar períodos de repouso adequados entre as atividades. Rever volume de infusão e tempo de permanência, se for o caso. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; HERDMAN, 2013; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)
DE: Volume de líquidos excessivo
Meta/ Objetivos: Estabilizará o volume de líquidos, conforme se evidencia pelo equilíbrio entre ingestão e perdas, sinais vitais dentro dos limites normais para o usuário, estabilidade do peso e ausência de edema. Verbalizará que compreende suas restrições dietéticas e de líquidos. Adotará comportamentos para monitorar a hidratação e reduzir a recidiva do excesso de líquidos. Identificará os sinais que exigem avaliação mais detalhada.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Orientar sobre relação entre a diurese residual, ultrafiltração dialítica e volume de ingestão diária de líquidos. Determinar a taxa apropriada de ingestão de líquidos em 24h. Rever as restrições dietéticas e os substitutos seguros para o sal. Reavaliar a ingestão de sódio e limitar a sua ingestão. Orientar evitar produtos enlatados e embutidos. Instruir a importância da leitura de rótulos de produtos para averiguar o conteúdo de sal. Conversar sobre a importância das restrições de líquidos e as “fontes ocultas” de ingestão (p.ex., alimentos com alto teor de água). Determinar volume e a frequência de aporte de líquidos de todas as fontes. Comparar peso atual e peso seco. Orientar a importância de se pesar em intervalos regulares. Orientar sobre sinais de congestão pulmonar. Orientar sobre detecção da presença de edema (pálpebras inchadas, edema de tornozelos e dos pés ou anasarca). Encaminhar para acompanhamento nutricional no programa de DPAC. Ressaltar a importância da mobilidade e ou mudanças frequentes de posição para evitar estase e reduzir o risco de lesão dos tecidos. Sugerir intervenções para atenuar o desconforto causado pela restrição de líquidos (higiene oral frequente, aplicação de bálsamo labial, cubos de gelo, ingestão de líquidos em pequenos goles) Realizar avaliação periódica do Teste de Equilíbrio Peritoneal (PET) e ajuste da prescrição dialítica. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; RIELLA, 2014; HERDMAN, 2013; ARAÚJO, LEMES, <i>et al.</i> , 2011; FIGUEIREDO, 2006; BEVILACQUA e GUERRA, 2000)
DE: Volume de líquidos deficiente
Meta/ Objetivos: Manterá o volume de líquidos de acordo com o débito urinário e ultrafiltração dialítica apropriados ao usuário, sinais vitais estáveis, peso, mucosas úmidas e turgor cutâneo preservados. Verbalizará que compreende os fatores causadores e o propósito das intervenções terapêuticas prescritas para o seu caso. Adotará comportamentos para monitorar e corrigir o déficit.

Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Explicar as condições e processos que causam o déficit (perda de líquidos, ultrafiltração dialítica, ingestão reduzida e diurese residual). Explicar como a eliminação pode exceder a ingesta e como controlar o balanço hídrico. Determinar e orientar sobre a taxa apropriada de ingestão de líquidos em 24h (balanço hídrico). Instruir a comparar peso atual e peso seco. Orientar a importância de se pesar em intervalos regulares. Instruir sobre sinais e sintomas de desidratação (pele e mucosas ressecadas, diminuição do peso e pressão arterial) para reduzir ocorrência de complicações associadas à hipovolemia. Auxiliar na determinação de preferências do usuário. Identificar e ensinar formas de atender às necessidades nutricionais do usuário. Realizar avaliação periódica do teste de equilíbrio peritoneal (Teste PET) e ajuste da prescrição dialítica. Orientar cuidados com a cavidade oral, olhos e pele para evitar lesões causadas pelo ressecamento. Encaminhar para acompanhamento nutricional no programa de DPAC. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; HERDMAN, 2013; RIELLA, 2014; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; FIGUEIREDO, 2006; ARAÚJO, LEMES, <i>et al.</i> , 2011)
DE: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais
Meta/ Objetivos: Demonstrará mudanças apropriadas no estilo de vida e nos comportamentos, inclusive padrões alimentares, quantidade e ou qualidade dos alimentos e programa de exercícios apropriados a sua condição de saúde. Alcançará o peso corporal desejável com manutenção da saúde e tratamento. Apresentará IMC abaixo dos valores de referência.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar
Intervenções: Conversar sobre o ganho de peso e as consequências para a saúde e tratamento. Orientar sobre as atividades diárias e programa de exercícios apropriados ao estado do usuário. Rever os alimentos e os líquidos ingeridos diariamente. Conversar sobre a motivação do usuário para perder peso. Conversar sobre os comportamentos alimentares e determinar as modificações necessárias. Estimular o usuário a começar com pequenas modificações para mudar lentamente os hábitos alimentares. Estabelecer metas realistas de perda gradual do peso. Ajudar o usuário a escolher alimentos nutritivos que respeitem suas preferências e restrições, que atendam às necessidades pessoais e estejam dentro do seu orçamento. Incentivar o usuário e fornecer reforço positivo à redução real do peso. Orientar a importância de se pesar em intervalos regulares. Encaminhar para acompanhamento nutricional no programa de DPAC. Colaborar com a equipe multiprofissional para elaborar e avaliar um programa nutricional eficaz. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN e KAMITSURU, 2014; MARTINS, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; CALADO, SILVA, <i>et al.</i> , 2009; GUSMÃO, ALMEIDA, <i>et al.</i> , 2010; VELOZO, FERRAZ, <i>et al.</i> , 2012; GONZÁLEZ e ARANGO, 2006)
DE: Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais
Meta/Objetivos: Terá ganho ponderal progressivo até alcançar a meta estabelecida apropriada à condição de saúde. Apresentará IMC acima dos valores de referência. Verbalizará que compreende os fatores causadores conhecidos e as intervenções necessárias. Demonstrará comportamentos e mudanças no estilo de vida para recuperar e ou manter o peso apropriado.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Avaliar as capacidades do usuário para mastigar, engolir e sentir paladar dos alimentos, condições de saúde dos dentes, gengivas e próteses. Instruir sobre as necessidades nutricionais de acordo com estado de saúde e tratamento Enfatizar a importância de uma ingestão bem equilibrada de alimentos nutritivos Conversar sobre os hábitos dietéticos, inclusive preferências, intolerâncias ou aversões alimentares. Conversar sobre efeitos da doença (uremia, inapetência, náusea...) que possam estar afetando o apetite ou a ingestão ou a absorção dos alimentos. Ajudar a tratar ou controlar os fatores causadores subjacentes

<p>Investigar interações farmacológicas, alergias, uso de laxantes que possam estar afetando a ingestão de alimentos.</p> <p>Instruir o uso de substâncias aromatizantes (p.ex., limão e ervas) para aumentar a satisfação com o alimento e estimular o apetite no caso das dietas hipossódicas.</p> <p>Orientar a importância de se pesar em intervalos regulares</p> <p>Estabelecer com o usuário metas realistas e consistentes de ganho de peso</p> <p>Rever regime terapêutico e fornecer informações e apoio, conforme necessidade.</p> <p>Encaminhar para acompanhamento nutricional no programa de DPAC.</p> <p>Encaminhar o usuário para avaliação odontológica, conforme a necessidade.</p> <p>Colaborar com a equipe multiprofissional para elaborar e avaliar um programa nutricional eficaz</p> <p>Encaminhar para o Serviço Social ou para outros recursos disponíveis, a fim de obter ajuda para contornar as dificuldades do usuário quanto à compra e ao preparo dos alimentos.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; MARTINS, 2006; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; VELOZO, FERRAZ, <i>et al.</i>, 2012; GONZÁLEZ e ARANGO, 2006; CALADO, SILVA, <i>et al.</i>, 2009; GUSMÃO, ALMEIDA, <i>et al.</i>, 2010)</p>
DE: Constipação
<p>Meta /Objetivos: Estabelecerá ou recuperará o padrão normal de funcionamento intestinal apropriado para o tratamento dialítico.</p> <p>Verbalizará que compreende a etiologia e intervenções apropriadas à situação individual.</p> <p>Demonstrará comportamentos ou modificações do estilo de vida para evitar o problema.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Ensinar
<p>Intervenções: Rever histórias de saúde clínica, cirúrgica e social para detectar condições associadas à constipação.</p> <p>Detectar problemas de saúde dentária oral geral que possam interferir na ingestão dietética</p> <p>Instruir o usuário sobre a importância do hábito intestinal regular para o ideal funcionamento do cateter e processo dialítico</p> <p>Fornecer informações sobre relação entre dieta, exercícios, líquidos, uso apropriados de laxantes e restrições alimentares e a presença de constipação.</p> <p>Conversar sobre os hábitos normais de eliminação (atender ao reflexo de evacuação) e instruir sobre a necessidade de rotina de horários para evacuar.</p> <p>Rever a ingestão dietética diária para detectar causas de constipação</p> <p>Instruir e estimular a ingestão de uma dieta balanceada com fibras e alimentos que formam volume fecal para melhorar a consistência das fezes e facilitar sua passagem pelo intestino grosso.</p> <p>Instruir quanto ao uso de emolientes fecais, estimulantes suaves ou agentes formadores de bolo fecal, conforme prescrição ou rotineiramente, quando for adequado (p. ex., para usuário com redução de atividade ou imobilidade ou em uso de medicações constipantes)</p> <p>Detectar uso excessivo de laxantes estimulantes.</p> <p>Avaliar os fármacos ou esquemas farmacológicos utilizados pelo usuário que podem causar ou agravar a constipação</p> <p>Avaliar nível de atividade e padrão de exercícios e estimular as atividades dentro dos limites individuais para estimular as contrações intestinais.</p> <p>Determinar o acesso ao banheiro, a privacidade e a capacidade de realizar as atividades de autocuidado</p> <p>Investigar relatos de dor ao evacuar e detectar fatores mecânicos que interferem na constipação (presença de hemorroidas, fissuras ou outras anormalidades).</p> <p>Encaminhar para assistência especializada, quando necessário.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; RIELLA, 2014; MARTINS, 2006; GUEST, 2010; GUPTA e SINGHAL, 2010)</p>
DE: Eliminação urinária prejudicada
<p>Meta /Objetivos: Verbalizará que compreende a situação de insuficiência renal crônica</p> <p>Conseguirá compensar a anormalidade através do tratamento dialítico</p> <p>Cuidará do cateter de diálise peritoneal e demais dispositivos da terapia dialítica</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
<p>Intervenções: Instruir sobre a restrição hídrica de acordo com diurese residual e ultrafiltração dialítica.</p> <p>Motivar quanto à adesão ao tratamento dialítico domiciliar.</p> <p>Estimular o usuário a verbalizar seus medos e preocupações.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; GUEST, 2010; GUPTA e SINGHAL, 2010; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)</p>
DE: Estilo de vida sedentário

<p>Meta /Objetivos: Verbalizará que compreende a importância da prática regular de exercícios físicos para o bem-estar geral.</p> <p>Entenderá as precauções necessárias ou os aspectos de segurança e as técnicas de automonitoramento apropriadas a sua condição de saúde.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Ensinar
<p>Intervenções: Instruir sobre a necessidade e os benefícios da prática regular de exercícios.</p> <p>Orientar sobre as consequências da imobilidade e a persistência da inatividade física ou do estilo de vida sedentário.</p> <p>Auxiliar no reconhecimento das possibilidades e limites para a atividade física impostos pela doença.</p> <p>Determinar a capacidade atual do usuário de participar dos exercícios ou das atividades físicas, atentando para as limitações e tolerâncias físicas, o nível de interesse ou desejo e as necessidades de segurança.</p> <p>Estabelecer uma relação terapêutica reconhecendo a realidade da situação e os sentimentos do usuário</p> <p>Conversar sobre a motivação para mudar.</p> <p>Envolver o usuário, pessoas significativas, os cuidadores na elaboração do plano de exercícios e nas metas a serem alcançadas para atender às necessidades e desejos do usuário e aos recursos disponíveis.</p> <p>Identificar os recursos na comunidade, as atividades gratuitas e os grupos de apoio.</p> <p>Encaminhar para educador físico, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; CARREIRA e MARCON, 2003)</p>
DE: Padrão de sono prejudicado
<p>Meta /Objetivos: Verbalizará que o sono melhorou.</p> <p>Relatará que se sente melhor e descansado.</p> <p>Identificará as intervenções apropriadas à promoção do sono durante a terapia dialítica noturna.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar
<p>Intervenções: Ouvir os relatos sobre a qualidade do sono (padrão, fatores internos e externos que interferem, alterações recentes, expectativas do usuário quanto ao sono, sinais físicos de fadiga).</p> <p>Atenuar fatores ambientais que interferem no sono (troca de cicladora que produz ruído excessivo, ajuste de volume dos alarmes e intensidade do brilho do visor da máquina).</p> <p>Instruir e estimular rotinas habituais à hora de deitar e técnicas de relaxamento.</p> <p>Orientar evitar cochilos durante o dia (conforme idade e condição do usuário) e manter-se ativo durante o dia e mais tranquilo ao anoitecer.</p> <p>Conversar sobre a utilização e a conveniência de suplementos fitoterápicos para auxiliar a adormecer e manter o sono.</p> <p>Encaminhar para médico especialista em sono, conforme a necessidade.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)</p>
DE: Intolerância à atividade
<p>Meta/Objetivos: Reconhecerá os fatores negativos que afetam a tolerância à atividade e, quando possível, eliminará ou atenuará seus efeitos.</p> <p>Participará voluntariamente de atividades necessárias ou desejadas.</p> <p>Informará que houve aumento perceptível da tolerância ao esforço.</p> <p>Demonstrará menos intolerância ao esforço.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
<p>Intervenções: Reconhecer a presença de fatores que contribuem para a fadiga (idade, doença renal crônica, anemia, cardiopatias,...)</p> <p>Ajudar a lidar com os fatores contribuintes e a controlar as atividades dentro dos seus limites.</p> <p>Planejar atividades para equilibrar os períodos de descanso e atividade.</p> <p>Proporcionar estímulos positivos, embora reconhecendo a dificuldade da situação do usuário.</p> <p>Estimular a expressão dos sentimentos que contribuem para a sua condição.</p> <p>Estimular o usuário a manter uma atitude otimista.</p> <p>Incentivar a participação em atividades recreativas ou sociais e de lazer apropriadas à sua condição.</p> <p>Envolver o usuário, o cuidador e família no planejamento das atividades, na medida do possível.</p> <p>Encaminhar para outros profissionais (educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicoterapeuta,) para elaborar regimes terapêuticos adequados às necessidades do usuário.</p> <p>(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; CARREIRA e MARCON, 2003; PECOITS-FILHO e MORAES, 2014)</p>
DE: Conhecimento deficiente

<p>Meta/ Objetivos: Participará do processo de aprendizagem. Demonstrará maior interesse e assumirá responsabilidade pela aprendizagem pessoal. Verbalizará que compreende a condição, o mecanismo da doença e seu tratamento. Reconhecerá a relação entre sinais e sintomas e a doença. Realizará corretamente os procedimentos necessários e explicará as razões das ações. Iniciará mudanças no estilo de vida e participará do esquema terapêutico.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar
<p>Intervenções: Determinar nível de conhecimento, capacidades e habilidades de aprendizagem. Identificar rede de apoio (pais, cuidadores, cônjuge) que também necessitam de informação. Identificar os fatores que motivam o indivíduo e conversar sobre a percepção do cliente acerca da necessidade. Facilitar a aprendizagem (aspectos individuais de estilo de aprendizagem, conceitos simples, comunicação não verbal, fornecer informações por escrito para consulta, fornecer reforço positivo) Identificar as informações que precisam ser lembradas periodicamente Envolver o usuário com outros que tenham os mesmos problemas, necessidades e preocupações para possibilitar compartilhamento de informações. Fornecer contato para responder perguntas e validar as informações. Fornecer informações sobre outros recursos informativos (livros, sites da internet, módulos seriados) para facilitar a aprendizagem e promover a aprendizagem em seu próprio ritmo. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005; FIGUEIREDO, 2006)</p>
DE: Interação social prejudicada
<p>Meta/ Objetivos: Verbalizará que tem consciência dos fatores que causam ou acarretam as dificuldades de interação social. Reconhecerá os sentimentos que geram interações sociais insatisfatórias. Expressará desejo e ficará empenhado em realizar mudanças positivas nos comportamentos sociais e nos relacionamentos interpessoais. Desenvolverá um sistema de apoio social eficaz.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação.
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
<p>Intervenções: Avaliar os fatores causadores/contribuintes do prejuízo na interação social. Avaliar os padrões prevalentes de interação social e determinar como o usuário utiliza as habilidades de enfrentamento e os mecanismos de defesa. Estimular o usuário a verbalizar os sentimentos de desconforto quanto à situação social. Estabelecer relação terapêutica e ouvir ativamente as queixas. Entrevistar cuidadores, familiares e pessoas significativas, conforme a necessidade, a fim de obter informações sobre as mudanças comportamentais do usuário e seus efeitos em outras pessoas. Explorar junto com o usuário e exemplificar maneiras de modificar as interações e os comportamentos sociais. Envolver o cliente neurologicamente incapacitado em interações com indivíduos e/ou grupos ou classes especiais, conforme a necessidade. Realizar reavaliações periódicas, conforme a necessidade. Encaminhar ou recomendar para terapia de família, quando for indicado. Buscar programas comunitários nos quais o usuário possa ser inserido e que promovam os comportamentos positivos que ele está tentando adotar. Encaminhar para serviços de saúde mental, conforme necessidade. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; STASIAK, BAZAN, <i>et al.</i>, 2014; SANTOS e VALADARES, 2011)</p>
DE: Disfunção Sexual
<p>Meta/ Objetivos: Verbalizará que compreende a anatomia e a função sexuais e as alterações que podem afetá-las. Verbalizará que entende os motivos pessoais para os problemas sexuais. Reconhecerá os fatores em sua vida que podem contribuir para a disfunção Conversará com o parceiro sobre os problemas relacionados com a imagem corporal, o papel sexual e o desejo sexual.</p>
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar e ensinar
Intervenções: Estabelecer relação terapêutica para facilitar o compartilhamento de informações e sentimentos íntimos.

<p>Avaliar os fatores causadores/contribuintes da disfunção sexual. Fornecer educação sexual. Determinar a importância do sexo para o usuário e/ou parceiro e a motivação do usuário para mudar. Avaliar o conhecimento do usuário e/ou parceiro sobre a função sexual e os efeitos da condição atual. Fornecer informações realistas sobre a condição pessoal envolvida. Rever o tratamento farmacológico e averiguar se o cliente utiliza outros fármacos ou drogas. Observar comportamento e o pesar relacionado com as alterações corporais. Conversar com o usuário sobre sua imagem corporal e preocupações. Estimular a compartilhar seus pensamentos e suas preocupações com o parceiro e a esclarecer os valores e o impacto do problema em seu relacionamento. Ajudar o usuário a encontrar outras formas para solucionar o problema da expressão sexual. Encaminhar para outros profissionais para possibilidade e disponibilidade de outros recursos apropriados como tratamento farmacológico ou cirurgia, conforme a necessidade. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; AZEVEDO, SANTOS, <i>et al.</i>, 2014)</p>
<p>DE: Padrão de Sexualidade ineficaz</p>
<p>Meta/ Objetivos: Verbalizará que compreende a anatomia e a função dos órgãos sexuais Verbalizará que reconhece e compreende as limitações, as dificuldades ou as mudanças sexuais que ocorreram Verbalizará que aceita a si próprio em sua condição atual. Demonstrará melhora das habilidades de comunicação e relacionamento. Escolherá o método anticoncepcional mais apropriado ao seu caso.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Apoiar e ensinar</p>
<p>Intervenções: Estabelecer relação terapêutica para facilitar o compartilhamento de informações e sentimentos íntimos. Avaliar os fatores causadores/contribuintes para as preocupações acerca da sexualidade. Fornecer educação sexual. Determinar o impacto do problema no usuário e/ou parceiro. Fornecer informações objetivas sobre o problema identificado pelo usuário. Rever o tratamento farmacológico e averiguar se o cliente utiliza outros fármacos ou drogas. Observar comportamento e o pesar relacionado com as alterações corporais. Conversar sobre métodos, eficácia e os efeitos colaterais da contracepção, conforme a necessidade. Encaminhar para grupos comunitários, conforme o caso. Encaminhar para outros profissionais (psicoterapia individual, em grupo, de família). (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; AZEVEDO, SANTOS, <i>et al.</i>, 2014; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013)</p>
<p>DE: Atraso no crescimento e no desenvolvimento</p>
<p>Meta/ Objetivos: Demonstrará habilidades motoras, sociais e ou de comunicação adequadas para a faixa etária, dentro dos limites das capacidades presentes. Realizará as atividades de autocuidado e autocontrole apropriados à idade e dentro dos limites das capacidades presentes. Demonstrará progressão no crescimento e desenvolvimento no sentido das dimensões apropriadas à idade e dentro dos limites das capacidades presentes. Participará de atividades para estimulação do desenvolvimento para aumentar os níveis de habilidade. Usuário, pais e/ou cuidadores expressarão compreensão da situação. Pais e/ou cuidadores utilizarão recursos comunitários para promover o desenvolver do usuário. Pais e/ou cuidadores fornecerão atividades de lazer apropriadas para promover o desenvolvimento do usuário conforme o caso.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.</p>
<p>Intervenções: Monitorar peso, altura e padrão nutricional. Monitorar o progresso do desenvolvimento a intervalos regulares. Fornecer informações quanto às expectativas de desenvolvimento do usuário. Estimular a participação em atividades de recreação, programas educacionais ou laborais apropriadas a cada caso. Ajudar o usuário e cuidadores a aceitarem e adaptarem aos desvios irreversíveis do desenvolvimento causados pela doença renal e outras comorbidades associadas. Conversar sobre cuidados necessários para evitar complicações (estado nutricional, acompanhamento laboratorial periódico,...)</p>

Fornecer aos pais e ou aos cuidadores encaminhamentos para recursos comunitários apropriados. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; COLLET, OLIVEIRA e VIEIRA, 2011)
DE: Autocontrole ineficaz da saúde
Meta/ Objetivos: Reconhecerá as atividades necessárias para a manutenção do tratamento. Verbalizará que compreende os fatores que contribuem para a situação atual. Entenderá e assumirá responsabilidade pelo seu tratamento de acordo com o seu grau de capacidade. Efetuará mudanças de comportamento na manutenção do regime terapêutico.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Avaliar os fatores causadores contribuintes para o autocontrole ineficaz (conhecimento deficiente, grau de capacidade, grau de funcionalidade, apoio social, indisponibilidade de recursos financeiros) Avaliar o desejo e a capacidade do usuário de aprender. Monitorar a adesão ao regime terapêutico prescrito. Fornecer informações continuadas acerca do regime terapêutico. Encaminhar a outros profissionais, conforme o caso (serviço social, grupos de apoio,...) (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005; FIGUEIREDO, 2006)
DE: Resiliência individual prejudicada
Meta /Objetivos: Reconhecerá a realidade da situação ou crise atual. Expressará sentimentos positivo quanto a si próprio e quanto à situação. Buscará recursos apropriados para mudar as circunstâncias que dificultam a adaptação e comprometem a resiliência.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar
Intervenções: Avaliar os fatores causadores contribuintes (apoio social, impacto da doença, estratégias de enfrentamento ineficazes, alteração na relação com pessoas significativas) Ouvir atentamente e reconhecer as dificuldades do usuário para realizar as mudanças necessárias à situação. Fornecer informações acerca da doença, tratamento e expectativas em longo prazo Facilitar a comunicação entre o usuário e família, cuidador e /ou pessoas significativas. Estimular atividades recreativas. Encaminhar a outros profissionais, conforme o caso (psicoterapia, grupos de apoio, serviço social,...) (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; SANTOS e VALADARES, 2011; MASSA, NISPERUZA, <i>et al.</i> , 2013)
DE: Enfrentamento ineficaz
Meta/ Objetivos: Avaliará precisamente a situação atual. Identificará o comportamento de enfrentamento ineficaz e suas consequências. Verbalizará que entende suas próprias habilidades de enfrentamento. Verbalizará sentimentos compatíveis com o comportamento.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Determinar o grau de limitação para o enfrentamento (fatores de estresse, capacidade funcional do usuário, nível de ansiedade, impacto da doença). Ouvir atentamente e reconhecer as percepções do usuário quanto à realidade. Estimular a comunicação com os membros da equipe e pessoas significativas. Explicar a doença, os procedimentos e os acontecimentos de forma clara e objetiva. Estimular atividades de recreação, distração e relaxamento. Ajudar a lidar com a mudança do conceito de imagem corporal. Proporcionar e estimular um clima de otimismo realista. Ressaltar a importância da continuidade dos cuidados. Encaminhar para outros profissionais, conforme indicação e ou prescrição. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; SANTOS e VALADARES, 2011; MASSA, NISPERUZA, <i>et al.</i> , 2013)
DE: Distúrbio da imagem corporal
Meta /Objetivos: Verbalizará que compreende as alterações do seu corpo. Reconhecerá e incorporará a alteração da imagem corporal ao seu autoconceito de maneira exata, sem anular a autoestima. Verbalizará a aceitação de si próprio na situação em que ele vive.

<p>Buscará informações e procurará crescer por todos os meios. Utilizará dispositivos (cateteres) adequadamente.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Apoiar e ensinar</p>
<p>Intervenções: Orientar sobre a doença e tratamento e a relação com as alterações da imagem corporal. Conversar sobre o significado da alteração para o usuário. Avaliar as influências (física, mental, emocional) da alteração da imagem na vida do usuário e atentar para os sinais de pesar ou de depressão grave ou prolongada. Fornecer informações de acordo com o nível de aceitação do usuário. Observar a interação do usuário com pessoas significativas. Identificar comportamentos ineficazes de enfrentamento. Estimular os membros da família a tratar o usuário normalmente. Estimular o cliente a olhar e ou tocar o cateter para estimular a incorporação da alteração em sua imagem corporal. Ajudar o usuário a escolher e ou utilizar roupas que atenuem as alterações corporais e melhorem a aparência. Ajudar o usuário a incorporar os cuidados com o cateter em suas atividades de vida diária. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; CRUZ e ARAÚJO, 2010; CRUZ e ARAÚJO, 2008)</p>
<p>DE: Isolamento Social</p>
<p>Meta/ Objetivos: Reconhecerá as causas e as ações para evitar isolamento. Verbalizará desejo de envolver-se com outras pessoas. Participará das atividades ou dos programas de acordo com suas capacidades e seus desejos. Indicará que as relações sociais melhoraram e que os sentimentos negativos diminuíram. Expressará mais valor próprio.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.</p>
<p>Intervenções: Identificar os obstáculos às interações sociais (grau de capacidade, grau de funcionalidade, tristeza, distúrbio da imagem corporal). Verificar a utilização e a eficácia das habilidades de enfrentamento. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o usuário. Ajudar o cliente a encontrar soluções para o problema de isolamento. Estimular a participação em atividades recreativas e ou em grupo. Estimular o usuário a participar de cursos, programas e atividades apropriados à sua condição. Encaminhar o usuário aos terapeutas apropriados (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; VARELA, VIDAL e PEDREROS, 2014; SANTOS e VALADARES, 2011)</p>
<p>DE: Risco de infecção</p>
<p>Meta /Objetivos: Verbalizará que compreende os fatores de risco e causadores específicos do seu caso (doença crônica, presença de cateter, terapia dialítica). Entenderá as intervenções necessárias para evitar ou reduzir o risco de infecção. Demonstrará técnicas e mudanças no estilo de vida para promover a segurança do ambiente. Apresentará local de saída do cateter com bom aspecto, não terá secreção purulenta nem eritema; não apresentará febre nem peritonite.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.</p>
<p>Intervenções: Instruir o usuário sobre a doença renal e os fatores de risco para infecção. Ensinar o usuário, família e cuidador quanto às técnicas necessárias para proteger o local de saída do cateter, os cuidados com a prevenção de disseminação de infecções. Promover nas consultas de enfermagem reforço continuado quanto aos cuidados com a prevenção de infecções. Ensinar o usuário a detectar sinais e sintomas de infecção. Promover retreinamento periódico e reforçar as informações que precisam ser lembradas periodicamente. Enfatizar o seguimento rigoroso dos cuidados ministrados no treinamento. Monitorar o regime terapêutico. Verificar, nas consultas de enfermagem, sinais e sintomas de infecção. Fornecer contato para responder perguntas e validar as informações. Oferecer suporte assistencial nas urgências e emergências infecciosas. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; DAUGIRDAS,</p>

BLAKE e ING, 2013; PECOITS-FILHO e MORAES, 2014; FIGUEIREDO, 2006)
DE: Integridade tissular prejudicada
Meta/ Objetivos: Verbalizará que entende sua condição e os fatores causadores. Entenderá os cuidados apropriados à sua condição específica. Demonstrará comportamentos e alterações no estilo de vida de modo a evitar complicações com o cateter. Apresentará cateter com bom aspecto, não terá secreção purulenta nem eritema, não apresentará febre nem peritonite.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar
Intervenções: Ensinar o usuário, família e cuidador as técnicas necessárias para o cuidado com o local de saída do cateter e a prevenção de infecções. Ensinar como realizar o curativo no local de saída do cateter. Promover nas consultas de enfermagem reforço continuado quanto aos cuidados com o cateter. Ensinar o usuário a detectar sinais e sintomas de infecção locais. Enfatizar o seguimento rigoroso dos cuidados ministrados no treinamento. Monitorar o regime terapêutico. Verificar, nas consultas de enfermagem, aspecto do local de saída e sinais e sintomas de infecção. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; BEVILACQUA e GUERRA, 2000; DAUGIRDAS, BLAKE e ING, 2013; FERMI, 2011; FIGUEIREDO, 2006)
DE: Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
Meta/ Objetivos: Cuidador e ou família identificarão os fatores individuais que afetam a regulação ou a integração do programa de tratamento. Cuidador e/ou família participarão da solução de problemas. Cuidador e/ou família verbalizarão a aceitação da necessidade ou o desejo de modificar as ações no sentido de alcançar os desfechos ou as metas de saúde mutuamente estabelecidas. Cuidador e/ou família demonstrarão comportamentos e mudanças no estilo de vida necessário à manutenção adequada do regime terapêutico.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Determinar a percepção do cuidador e ou família quanto aos esforços realizados até o momento. Avaliar a dinâmica do usuário, cuidador e/ou família (comunicação, vínculo, promoção da autonomia, saúde e estilo de vida do ambiente doméstico, capacidade de solucionar problemas). Determinar a compreensão e a importância do regime terapêutico para o cuidador e ou família. Fornecer informações que ajudem o cuidador e ou família a entender a importância do programa de tratamento. Elaborar um plano conjunto com a unidade cuidado dependente para lidar com a complexidade do regime terapêutico e outros fatores relacionados. Promover retreinamento periódico com a unidade cuidado dependente e reforçar as informações que precisam ser lembradas periodicamente. Monitorar o regime terapêutico na unidade cuidado dependente. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, <i>et al.</i> , 2010)

Quadro 16- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, meta, objetivos, sistema de enfermagem, métodos de ajuda e intervenções de enfermagem dos cuidadores formulados baseados no Modelo de Orem. Brasília, 2015.

DE: Tensão do papel de cuidador relacionado a complexidade das atividades, responsabilidades de cuidado 24 horas por dia, anos de cuidados e cronicidade da doença do usuário evidenciado por relato de tristeza, preocupação, nervosismo e estresse aumentados
Meta/ Objetivos: Identificará os recursos pessoais para lidar com a situação. Demonstrará comportamentos ou mudanças no estilo de vida para lidar com e ou resolver os fatores que geram dificuldades. Relatará um plano para diminuição da sobrecarga de cuidados. Dirá que houve melhora do bem-estar em geral e da capacidade de lidar com a situação.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Estabelecer relação terapêutica que transmita empatia e respeito incondicional.

<p>Entender o relacionamento entre o cuidador e aquele que recebe os cuidados. Estimular o cuidador a reconhecer e expressar seus sentimentos. Reconhecer a dificuldade da situação do cuidador. Determinar a condição de saúde emocional e os estágios de desenvolvimento do cuidador, bem como outras responsabilidades por ele assumidas. Identificar os pontos fortes do cuidador. Transmitir admiração pela competência do cuidador. Utilizar instrumento de avaliação, tal como a escala de Zarit Burden Interview (ZBI), quando necessário, para determinar com mais clareza o nível de sobrecarga e as habilidades do cuidador. Conversar sobre a percepção e as preocupações do cuidador quanto à situação. Conversar sobre os objetivos existenciais e as expectativas pessoais do cuidador. Conversar sobre o impacto e a capacidade de lidar com as mudanças de papéis exigidas pela situação. Conversar sobre estratégias para coordenar as atividades de cuidador e outras responsabilidades. Conversar sobre técnicas de controle de estresse e conversar sobre a importância do desenvolvimento pessoal (alimentação, repouso, atender necessidades pessoais, passatempos, atividades sociais, enriquecimento espiritual,...) Avaliar piora no comportamento Incluir outros membros da família, se apropriado. Determinar a disponibilidade e a utilização dos sistemas de apoio e dos recursos disponíveis. Estimular a participação em grupos de apoio a cuidadores. Encaminhar a outros profissionais, conforme o caso. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, <i>et al.</i>, 2010)</p>
<p>DE: Sobrecarga de estresse relacionada a estressores intensos (doença renal crônica) e exigências em relação ao cuidado evidenciado por demonstração de aumento de sentimentos de tristeza, preocupação, impaciência e classificação na escala de ZBI como sobrecarga moderada a severa e severa</p>
<p>Meta/ Objetivos: Entenderá claramente a situação atual. Identificará os comportamentos ineficazes para controlar o estresse e suas consequências. Proverá suas necessidades psicológicas, conforme se evidencia pela expressão apropriada dos sentimentos, detecção de opções e uso dos recursos disponíveis. Verbalizará ou demonstrará atenuação da reação ao estresse.</p>
<p>Sistema de Enfermagem: Apoio – educação</p>
<p>Método de Ajuda: Apoiar e ensinar</p>
<p>Intervenções: Determinar os eventos específicos (passado recente, remoto e situação atual) que geram a percepção de estresse excessivo. Determinar como o usuário e cuidador percebem os acontecimentos e atentar para diferenças de ponto de vista. Considerar o sexo, a idade e o estágio de desenvolvimento funcional do usuário. Atentar para valores culturais ou crenças religiosas que possam afetar a expectativa em relação à capacidade de cuidar (ex: como o cuidador define família). Avaliar as respostas emocionais e os mecanismos de enfrentamento que estão sendo utilizados. Determinar os sentimentos de estresse e o diálogo interno utilizado (ex: diálogo interno negativo, pensamento pessimista, expectativas exageradas ou irrealistas que contribuem para sobrecarga de estresse). Determinar a existência ou a inexistência e o tipo de recursos (ex: rede de apoio de familiares, ou pessoas significativas, falta de dinheiro, problemas de relacionamento). Utilizar instrumento de avaliação, tal como a escala de Zarit Burden Interview (ZBI), quando necessário, para ajudar a detectar as áreas mais difíceis de nível de estresse. Recomendar um ambiente repousante, quando possível. Conversar sobre a situação de maneira simples e concisa. Reservar tempo para ouvir o cuidador. Conversar sobre o uso de medicamentos de enfrentamento ineficazes ou perigosos (consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, violência) e encaminhar para aconselhamento, conforme a necessidade. Rever as técnicas de controle do estresse e as habilidades de enfrentamento que o cuidador pode utilizar (modificar pensamentos focalizando nos aspectos positivos, modificar estilo de vida, simplificar a vida, aprender a controlar e redirecionar a raiva, descansar, praticar exercícios, alimentar-se adequadamente, desenvolver a espiritualidade, interagir socialmente) Rever o uso de fármacos utilizados e orientar o uso correto para controlar o agravamento dos problemas. Avaliar piora no comportamento. Identificar os recursos disponíveis na comunidade.</p>

Realizar encaminhamentos para especialistas, conforme o caso. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, <i>et al.</i> , 2010)
DE: Tensão do papel de cuidador relacionado a incapacidades físicas (estado de saúde, problemas físicos) evidenciado por relato de alterações de saúde pelo cuidador (problemas de saúde, padrão de sono perturbado, fadiga)
Meta/ Objetivos: Identificará os recursos pessoais para lidar com a situação Verbalizará que houve melhora do bem-estar em geral e da capacidade de lidar com a situação
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar e ensinar
Intervenções: Avaliar o atual estado de saúde e funcional do cuidador. Avaliar e determinar as condições de saúde físicas do cuidador. Determinar as medicações que o cuidador faz uso. Identificar as questões de segurança pertinentes ao cuidador e àquele que recebe os cuidados. Determinar a disponibilidade e a utilização dos sistemas de apoio e dos recursos disponíveis. Apoiar o cuidador a planejar mudanças que possam ser necessárias (reestruturação da rede de apoio, prestadores de cuidados familiares, ...) Ajudar o cuidador a estabelecer metas para si próprio que sejam realistas com base na condição daquele que recebe os cuidados e nas capacidades pessoais do cuidador. Avaliar sinais de esgotamento (sinais de exaustão física e emocional, alteração de apetite ou de sono, alteração da vida social) Realizar encaminhamentos, conforme o caso. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, <i>et al.</i> , 2010)
DE: Tensão do papel de cuidador relacionada a complexidade e quantidade de atividades, inexperiência em executar cuidados e indisponibilidade de recursos evidenciado por dificuldade para realizar as tarefas necessárias.
Meta/Objetivos: Expressará compreensão dos conhecimentos acerca dos cuidados. Verbalizará que houve melhora no desempenho das atividades de cuidar. Demonstrará comportamentos que evidenciam a melhora da capacidade técnica do cuidado.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.
Intervenções: Determinar o conhecimento atual do cuidador sobre o regime terapêutico e atentar para conceitos errôneos ou falta de informação. Determinar nível de capacidades e habilidades de aprendizagem. Determinar o nível de participação do cuidador e o preparo para as responsabilidades de cuidar do usuário. Identificar rede de apoio (pessoas significativas, outros possíveis cuidadores) que também necessitam de informação. Oferecer retreinamento periódico e identificar as informações que precisam ser lembradas periodicamente. (manuseio do sistema de diálise peritoneal, restrição hídrica e dietética, medicação, ...). Facilitar a aprendizagem (aspectos individuais de estilo de aprendizagem, conceitos simples, comunicação não verbal, fornecer informações por escrito para consulta, fornecer reforço positivo). Fornecer contato para responder perguntas e validar as informações. Encaminhar para outros profissionais, conforme o caso, para orientações específicas. Fornecer informações sobre outros recursos informativos. Fornecer bibliografia com referências apropriadas (livros, sites da internet, módulos seriados) para facilitar a aprendizagem e promover a aprendizagem em seu próprio ritmo. (DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, <i>et al.</i> , 2010)
DE: Tensão do papel de cuidador relacionado a história de relacionamento insatisfatório evidenciado por relato de dificuldade em assistir e ou se relacionar com o receptor de cuidados.
Meta/ Objetivos: Verbalizará compreensão do processo de dependência e aspectos positivos do cuidar. Reconhecerá e verbalizará seus recursos pessoais para lidar com a situação. Interagirá adequadamente com o usuário. Verbalizará que compreende a dificuldade de comunicação e as formas planejadas para lidar com o problema. Verbalizará e demonstrará maior disposição para cuidar.
Sistema de Enfermagem: Apoio – educação
Método de Ajuda: Apoiar, proporcionar ambiente de desenvolvimento e ensinar.

Intervenções: Avaliar as atitudes atuais do cuidador e como elas são percebidas por aquele que recebe os cuidados.

Entender o relacionamento entre o cuidador e aquele que recebe os cuidados.

Averiguar a proximidade entre cuidador e aquele que recebe os cuidados.

Determinar como era o comportamento e interação entre usuário e cuidador antes da relação de dependência.

Detectar a existência e avaliar a gravidade do conflito entre o cuidador e aquele que recebe os cuidados

Determinar comportamentos anteriores à enfermidade e atuais, que possam estar interferindo na assistência daquele que recebe os cuidados.

Reconhecer a dificuldade da situação do cuidador.

Conversar sobre a percepção e as preocupações do cuidador. Permitir a livre expressão de sentimentos, inclusive frustração, raiva, hostilidade e desesperança.

Discutir os resultados positivos das responsabilidades do cuidador (para si mesmo, para a pessoa que recebe o cuidado, para a família).

Reconhecer outros fatores que estejam comprometendo a motivação do cuidador para prestar o cuidado.

Observar o padrão de comunicação entre usuário e cuidador.

Auxiliar no processo de comunicação entre usuário e cuidador.

Explicar os prejuízos da comunicação devido a estados de demência que resulta em repetição de perguntas, esquecimento, flutuações de memória e negação de perda de memória.

Ajudar a unidade de cuidado dependente a identificar e estimular a resolução de conflitos.

Envolver o cuidador com outros que tenham os mesmos problemas, necessidades e preocupações para possibilitar compartilhamento de informações.

Determinar a disponibilidade e a utilização dos sistemas de apoio ampliado.

Determinar a disponibilidade de outros cuidadores se envolverem na assistência ao usuário.

Discutir, se apropriado, a necessidade de fonte alternativa de prestação de cuidados.

(DOENGES, MOORHOUSE e MURR, 2011; OREM, 2001; HERDMAN, 2013; YAMAGUCHI, HIGA-TANIGUCHI, *et al.*, 2010)

5.6 MODELO DESCRITIVO DE UNIDADE DE CUIDADO DE DEPENDENTE PARA O USUÁRIO DE DPAC.

Tomando como referência os trabalhos de Taylor e Renpenning, et al (2001) e Taylor e Renpenning (2011), construiu-se proposta de modelo descritivo de unidade de cuidado de dependente para o usuário de DPAC apresentado na Figura 8. Com os resultados do presente estudo e o caminho percorrido, puderam-se elucidar os componentes do sistema da unidade e as variáveis que a estruturam de acordo com o modelo original.

Sabe-se que um sistema de cuidado de dependente (CD) é construído quando existe demanda por CD, ou seja, existem limitações de autocuidado por parte do dependente. No caso da unidade usuário-cuidador, observou-se, de um lado, o indivíduo renal em diálise que é socialmente dependente e com déficits de autocuidado e do outro o cuidador como o agente de CD.

O usuário de DPAC é uma agência de AC (AAC) com suas demandas de cuidados influenciadas por fatores condicionantes que interferem nas ações de autocuidado. Os déficits de autocuidado que foram reconhecidos no estudo desencadeiam necessidades de ações tanto por parte do cuidador (ACD), quanto por parte da enfermagem (AE).

A demanda de CD é gerada a partir dos déficits de autocuidado o que exigem ações por parte do cuidador para superar, controlar ou minimizar as deficiências. Dessa forma, essas

demandas de CD devem ser conhecidas pelo agente de CD e pela enfermagem para que haja o desempenho de medidas específicas voltadas para a satisfação dessas demandas. Além disso, o conhecimento das demandas facilita a ação conjunta entre o usuário e cuidador no desenvolvimento de atividades o que permite o incentivo na busca da independência e na restauração da capacidade de autocuidado por parte do usuário de DPAC.

Antes de ser agente de CD, o cuidador é também agência de autocuidado que possui requisitos de autocuidado universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde influenciados pelos fatores condicionantes básicos. O cuidador, como sistema de autocuidado e como agência de CD, é uma preocupação da enfermagem. As intervenções do enfermeiro estão voltadas para a seleção, qualificação e formação da agência de CD e na compensação, minimização e controle das deficiências de cuidado de dependente reconhecidas neste estudo como o déficit na capacidade psicoemocional para cuidar, na sobrecarga, na capacidade física, na capacidade técnica e nos elementos motivadores que influenciam na dedicação do cuidado com o outro.

Nota-se que os focos das ações da enfermagem abrem um leque de intervenções voltadas tanto para o usuário quanto para o cuidador. O sistema de enfermagem é composto por ações tomadas em cooperação com os membros da unidade para satisfazer os requisitos do sistema com o objetivo de regular o desenvolvimento e exercício tanto da agência de autocuidado (usuário DPAC) quanto do cuidador (agente de CD).

O sistema de CD é um sistema de ação humano. É intencional e limitado pelas características de dependência. Nesse contexto, as ações desenvolvidas pela enfermagem têm dimensões interpessoais, sociais e tecnológicas e podem estar vinculadas ao sistema compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio- educação com base na capacidade do usuário em participar do cuidado e na capacitação do cuidador como agência de CD.

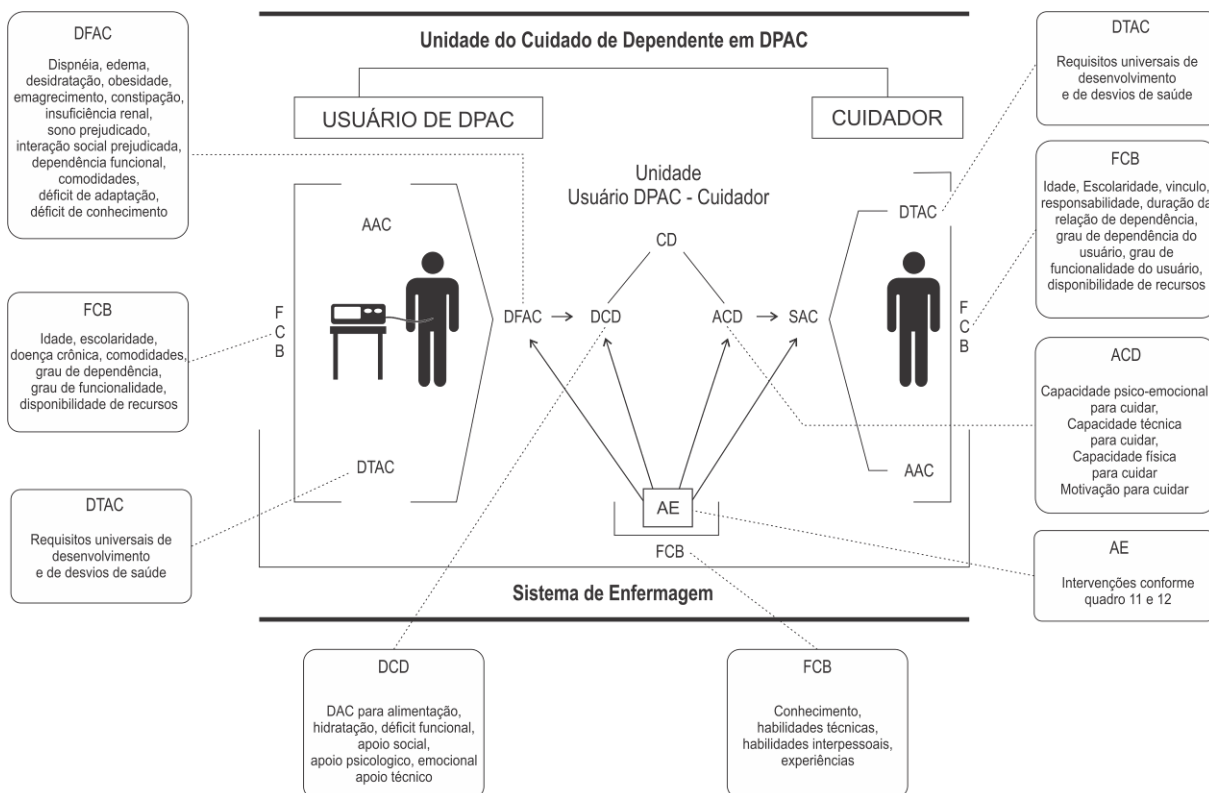


Figura 8- Modelo descritivo de Unidade de Cuidado de Dependente para o usuário de DPAC adaptado de Taylor e Renpenning.

Fonte: Taylor et al (2001, p.46) e Taylor e Renpenning (2011, p. 263).

Legenda: FCB = fatores condicionantes básicos; AAC = agência de autocuidado; DTAC = demanda terapêutica de autocuidado; DFAC = déficit de autocuidado; DCD = demanda de cuidado de dependente; CD = cuidado de dependente; ACD = agência de cuidado de dependente; AE = agência de enfermagem; SAC = sistema de autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem possibilitou a identificação dos déficits de autocuidado e de cuidado de dependente dos usuários de DPAC e de seus cuidadores, assim como, a descrição dos sistemas de enfermagem, dos métodos de ajuda e das intervenções a serem implementadas na consulta de enfermagem.

O modelo de Orem apresenta-se como caminho produtor para sistematizar o cuidado em usuários em DPAC, sendo a consulta de enfermagem um momento importante para avaliação e orientação das reais necessidades de cuidados de enfermagem no contexto da Diálise Peritoneal. O reconhecimento dos déficits do sistema usuário-cuidador possibilita a definição dos diagnósticos de enfermagem e a compreensão dos fatores que interferem nas habilidades de autocuidado e no cuidado de dependente, e a inserção das ações de enfermagem fundamentadas cientificamente.

A utilização dos instrumentos de avaliação de dependência como o Índice de Katz e Escala de Lawton e instrumentos validados para avaliação da sobrecarga do cuidador como, a Escala de ZBI, mostraram ser ferramentas valiosas para identificar as demandas de atenção e de autocuidado, dando consistência às intervenções de enfermagem.

A adaptação de um instrumento para guiar e levantar os déficits de autocuidado e cuidado de dependente em usuários com DP possibilita melhorar a segurança e o cuidado da população em DP. Como limite do estudo, foi percebida a impossibilidade de aplicação do instrumento adaptado em um quantitativo maior de usuários de DP e em seus cuidadores e o processo de validação. Porém, esse limite aponta para uma agenda futura de pesquisa, no sentido de validar o instrumento que possa ser utilizado como um recurso para nortear a consulta de enfermagem e, com isso, melhorar a qualidade de assistência e viabilizar a aplicação da Teoria de Orem na prática assistencial dos usuários de DP e dos cuidadores.

Quanto mais estudos forem elaborados sobre a aplicação assistencial das teorias de enfermagem, mais a enfermagem perceberá a fundamentação da utilização destas como elemento norteador de suas práticas. Assim, a pesquisa possibilitou o resgate teórico da utilização das teorias de enfermagem, a compreensão da Teoria de Orem e sua relevância para a prática assistencial e para a construção de novos conhecimentos para a pesquisa e ensino.

Espera-se que o trabalho desperte o interesse nos Programas de DPAC pelo uso das teorias de enfermagem, em especial a Teoria de Orem, e conscientize os profissionais enfermeiros de que a metodologia irá fundamentar a prática e facilitar o processo de trabalho corroborando para a qualidade de assistência prestada e a autonomia profissional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABENSUR, H. Como explicar a baixa penetração da diálise peritoneal no Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p. 269-70, 2014.
- ABREU, I. S. et al. Crianças e adolescentes em hemodiálise: atributos associados à qualidade de vida. **Rev Esc Enferm USP**, p. 601-9, 2014.
- AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia - Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - Unifesp/Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2002. 478 p. ISBN 85-204-1571-7.
- AKYOL, A. D. et al. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, Turkey, p. 679-87, 2007.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 303 p. ISBN 978-85-363-2332-9.
- ALGARRA, A. J. C.; VÁSQUEZ, C. L.; JERENA, J. Á. M. Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica. **Enferm Nefrol**, v. 16, p. 185-92, Julio-Sep 2013.
- ALGARRA, C.; DÍAZ, A. J.; JANETH, F. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. **Enfermería Global**, v. 30, p. 54-64, abril 2013. ISSN 1695-6141.
- ALLIGOOD, M. R. **Nursing Theorists and their work**. 8. ed. Missouri: Elsevier, 2014.
- ANDRADE, L. L. D. Construção de instrumentos para a documentação do processo de enfermagem em uma clínica de doenças infectocontagiosas, João Pessoa, 2012. Dissertação de Mestrado.
- ARAÚJO, S. et al. Morfologia e função cardíacas em pacientes renais crônicos, com ou sem diurese residual, em tratamento hemodialítico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, p. 74-81, 2011.
- AZEVEDO, P. et al. Sexual dysfunction in men and women on peritoneal dialysis: differential link with metabolic factors and quality of life perception. **Revista Nefrología**, p. 703-9, jul 2014.
- BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.

BARRETTI, P. Indicações, escolha do método e preparo do paciente para a Terapia renal substitutiva (TRS), na Doença Renal Crônica (DRC). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. XXVI, p. 47-49, agosto 2004.

BARROS, A. L. B. L. D. **Anamnese & exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 440 p. ISBN 978-85-363-2103-5.

BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 620 p.

BARROSO, L. M. M. et al. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 562-7, 2010.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, p. 92-9, jan-mar 2004.

BASTOS, M. G. Prevenção da Doença Renal Crônica. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios eletrolíticos**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 43, p. 815-26.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, p. 93-108, 2011.

BEVILACQUA, J. L.; GUERRA, E. M. M. **Protocolo para DPAC**. 1ª. ed. [S.l.]: Baxter Hospitalar Ltda, 2000.

BEZERRA, E. P. Construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem aos usuários diabéticos no programa saúde da família, João Pessoa, 2013. Dissertação de Mestrado.

BIGGS, A. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science. **Nursing Science Quarterly**, p. 200-06, July 2008.

BLAKE, P. G.; DAUGIRDAS, J. T. Fisiologia da Diálise Peritoneal. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 4ª. ed. Philadelphia: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 18, p. 297-311.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, Â. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 3, p. 562-73, jul/set 2009.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. D. A. L. M. D. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 144-8, 2014.

BRANCO, J. M. A. O autocuidado na diálise peritoneal contínua: a enfermagem e os clientes em tratamento domiciliar, Rio de Janeiro, 2009. Dissertação de Mestrado.

BRASIL. **Lei 8.212 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, 1991.

BRASIL. **Lei n. 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Brasília: Presidência da República, 1991.

BRASIL, C. F. **Constituição da República Federativa do Brasil.** [S.l.]: Brasil, 1988.

BRASIL, C. F. D. E. Regulamentação do Exercício da Enfermagem. **Lei n. 7498**, 25 de junho 1986. Conselho Federal de Enfermagem.

BRASIL, C. F. D. E. Resolução n. 159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Diário Oficial da União**, 2011. Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://portalcofen.com.gov.br/>.

BRASIL, M. D. S. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica- Cadernos de Atenção Básica.** Brasília: MS, v. 14, 2006. 56 p. ISBN 85-334-1197-9.

BRITO, D. C. S. D. Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 603-07, jul/set 2009.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n. especial, p. 152-7, 2006.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem.** 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 901 p. ISBN 978-85-352-3442-8.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CADE, N. V. A Teoria do déficit de autocuidado de OREM aplicada em hipertensas. **Revista Latino-Am Enfermagem**, p. 43-50, maio 2001.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Descriptive analysis of the nursing systems theory of Orem before it's application concerning ocular self-exam teching. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, p. 89-96, abr 2003.

CAIROLI, O. M. **The Dialysis Handbook for technicians and nurses**. 2ª. ed. [S.l.]: West Covina, 2012.

CALADO, I. L. et al. Diagnóstico nutricional de pacientes em hemodiálise na cidade de São Luís (MA). **Rev Nutr**, Campinas, p. 687-96, set/out 2009.

CALDERAN, C. et al. Práticas de autocuidado de pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, p. 3394-02, jan/mr 2013. ISSN 2175-5361.

CAMPOS, S. R. et al. Estado nutricional e ingestão alimentar de pacientes em diálise peritoneal contínua com e sem hiperparatireoidismo secundário. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, p. 170-77, 2012.

CANZIANI, M. E. F.; DRAIBE, S. A.; NADALETTO, M. A. J. Técnicas Dialíticas na Insuficiência Renal Crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar- Unifesp/Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 15, p. 195-209.

CARDOSO, L. et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 513-7, 2012.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10ª. ed. São Paulo: Artmed, 2004. 1024 p.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do Processo de Enfermagem: mapeamento de conceitos e Planejamento do Cuidado para Estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 600 p. ISBN 978-85-363-0888-3.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, p. 823-31, nov/dez 2003.

CESAR, E. D. et al. A Diálise Peritoneal na vivência de familiares cuidadores. **REVRENE-Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, p. 541-8, 2013. ISSN 2175-6783.

CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2001. 303 p.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. D.; VIEIRA, C. S. **Manual de Enfermagem em Pediatria**. 2ª. ed. Goiânia: AB Editora, 2011. 560 p. ISBN 978-85-7498-184-0.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Tradução de Sandra Mallmann. 3ª. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p. ISBN 978-85-65848-88-6.

CRUZ, D. D. O. A.; ARAÚJO, S. T. C. D. Diálise Peritoneal: a percepção tátil do cliente na convivência com o cateter. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 21, n. especial, p. 164-8, 2008.

CRUZ, D. D. O. A.; ARAÚJO, S. T. C. D. Comunicação não-verbal e o corpo transformado: convivência com o cateter de diálise peritoneal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v. 2, n. suplementar, p. 163-67, out/dez 2010. ISSN 2175-5361.

CUNHA, G. H. D.; GALVÃO, M. T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 4, p. 526-32, 2010.

CUPPARI, L. et al. Nutrição na Insuficiência Renal Crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar- Unifesp/ Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 20, p. 261-87.

DASHIFF, C. J.; MCCALEB, A.; CULL, V. Self-Care of Young Adolescents with type 1 Diabetes. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 21, p. 222-32, June 2006. ISSN 3.

DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DESMET, J.-M. et al. Perceptive barriers to peritoneal dialysis implementation: an opinion poll among the French-speaking Belgian nephrologists. **Clin Kidney Journal**, p.358-362, abril 2013.

DENYES, M. J.; OREM, D. E.; BEKEL, G. Self-Care: A foundational Science. **Nursing Science Quarterly**, p. 48-54, June 2001.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, p. 286-93, dez 2003.

DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F.; MURR, A. C. **Diagnósticos de Enfermagem: intervenções, prioridades e fundamentos**. Tradução de Carlos Henrique Cosendey. 12ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 932 p. ISBN 78-85-277-1900-1.

DRAIBE, S. A. Insuficiência Renal Crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar - Unifesp/Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 14, p. 179-93.

DUARTE, Y. A. D. O.; ANDRADE, C. L. D.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. L.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medida ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3ª. ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

FARIAS, M. C. A. D.; NOBREGA, M. M. L. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na Teoria do Autocuidado de Orem: estudo de caso.

FAVERO, L. Construção de um modelo de cuidado transpessoal em enfermagem domiciliar a partir do processo de cuidar de Lacerda, Curitiba, 2013. Tese de Doutorado.

FAWCETT, J. **Contemporary Nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories.** 2^a. ed. Philadelphia: Davis Company, 2005. 641 p.

FELIX, L. G. Protocolo de orientação para o autocuidado de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: atuação do enfermeiro, João Pessoa, 2009. Dissertação de Mestrado.

FELIX, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. D.; SOARES, M. J. G. D. O. Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem a um paciente submetido à cirurgia bariátrica. **Revista de Enfermagem - UFPE On Line**, João Pessoa, p. 814-22, out/Dez 2009. ISSN 1981-8963.

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 13-19, 2010.

FIGUEIREDO, A. E. P. L. Enfermagem e Diálise Peritoneal. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento.** 3^a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 34, p. 545-56.

FIGUEIREDO, A. E.; KROTH, L. V.; LOPES, M. H. I. Diálise Peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Scientia Medica**, Porto alegre, v. 15, n. 3, p. 198-202, jul/set 2005.

FONSECA, N. D. R.; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1175-80, 2008.

FURTADO, A. M. Construção de um modelo e elaboração de diagnósticos de enfermagem para o cuidado clínico na consulta de enfermagem a pessoas em diálise peritoneal, Fortaleza, 2010. Dissertação de Mestrado.

GAMARRA, G. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica. **Acta Med Colomb**, Bogotá, v. 38, p. 116-17, 2013.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: dos fundamentos à prática profissional.** 4^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOLDMEIER, S.; CASTRO, I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **AMRIGS**, p. 137-206, jul-set 2005.

GONZÁLEZ, M. T.; ARANGO, J. J. Concordância entre índice de masa corporal y albúmina como método diagnóstico de desnutrición en pacientes en diálisis. **Acta Médica Colombiana**, v. 31, n. 2, p. 56-9, abril/junio 2006.

GRATAO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-12, abr/jun 2012.

GUEST, S. **Handbook of Peritoneal Dialysis**. [S.l.]: [s.n.], 2010. ISBN 1449906133.

GUPTA, A.; SINGHAL, M. K. **Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis**. 1ª. ed. [S.l.]: Elsevier, 2010. ISBN 978-81-312-2178-5.

GUSMÃO, M. H. L. et al. Desnutrição, inflamação e outros fatores de risco para doença cardiovascular em pacientes sob diálise peritoneal. **Rev Nutr**, Campinas, p. 335-345, maio/jun 2010.

HELOU, C. M. D. B.; ANDRADE, L. Fisiologia Renal. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 1, p. 17-31.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: Definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p. ISBN 978-85-65852-10-4.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2015-2017**. [S.l.]: Oxford: Wiley Blackwell, 2014.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 314-20, maio-jun 2006.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D. Queda em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 148-3, bimestral 2007. ISSN 1806-3365.

JIMÉNEZ, S. J. et al. Evaluación global subjetiva y escala de malnutrición-inflamación para valorar el estado nutricional de pacientes en diálisis peritoneal con hipoalbuminemia. **Enferm Nefrol**, p. 87-93, 2012.

JUNIOR, M. Â. D. G. et al. Diálise no paciente com insuficiência renal crônica: hemodiálise e diálise peritoneal. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 27, p. 424-41.

KDOQI, K. D. O. Q. I. Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy, Vascular Access. **National Kidney Foundation**, 2006. Kidney Disease Outcomes Quality Initiative/KDOQI.

KIRSZTAJN, G. M. et al. Doença Renal Crônica (Pré-terapia Renal Substitutiva): Tratamento. **Projeto Diretrizes**, 31 outubro 2011. 01-24.

KUMAR, C. P. Application of Orem's Self-Care Deficit Theory and Standardized Nursing Languages in a Case Study of a Woman with Diabetes. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 18, p. 103-09, july-september 2007.

LAHAM, C. F. Paciente e cuidador: uma relação especial. In: YAMAGUCHI, A. M., et al. **Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. 1ª. ed. São Paulo: Manole, 2010. Cap. 38, p. 414-20.

LAI, K. N.; KISIELIUS, P. V.; PALMER, B. F. Trato Geniturinário e Órgãos Reprodutores Masculinos. In: DAUGIRDAS, J. T.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de Diálise**. 4ª. ed. Philadelphia: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 39, p. 606-20.

LARA, A. C. D. L. et al. O Puerpério identificado na teoria do autocuidado de Dorothea Orem. **Revista de Enfermagem - UFPE On Line**, São Paulo, p. 450-4, Julho-Setembro 2009. ISSN 1981-8963.

LATA, A. G. B. et al. Diagnósticos de Enfermagem em adultos em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista Enfermagem**, p. 160-3, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem**. Florianópolis: Papa-livro, 1999.

LESSMANN, J. C. et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 198-202, jan-fev 2011.

LIMA, L. R. D.; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco - contribuição de Orem. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 285-90, maio-jun 2006.

LOMBA, L. et al. Impacto da diálise peritoneal na família da criança com doença renal crônica: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 3, p. 139-48, nov/dez 2014. ISSN 2182-2883.

LÓPEZ-PARRA, M. et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. **Enferm Clin**, Barcelona, p. 218-21, 2006.

LUCA, M. D. D. Necessidades de autocuidado à qualidade de vida de clientes com câncer de cabeça e pescoço: contribuição da enfermagem, Rio de Janeiro, 2012. Dissertação de Mestrado.

MACÊDO, S. M. D.; SENA, M. C. D. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 196-201, mar-abr 2013.

MANFRO, R. C.; NORONHA, I. D. L.; FILHO, A. P. E. S. **Manual de Transplante Renal**. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2014. 629 p.

MANZINI, F. C.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. **Rev Latino-am Enfermagem**, jan-fev 2009.

MARTINS, C. Nutrição no paciente com doença renal. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 30, p. 486-501.

MARTINS, J. S. D. A. Proposição de uma Teoria de Enfermagem para o Processo de Interação em ambientes Virtuais, Rio de Janeiro, 2012. Tese de Doutorado.

MASSA, E. R. et al. Afrontamiento y adaptación de pacientes en hemodiálisis y diálisis. **Avances en Enfermería**, v. XXXI, n. 1, p. 32-41, enero-junio 2013.

MATOS, A. C. C.; REQUIÃO-MOURA, L. R. Avaliação e preparo de receptores para transplante renal. In: MANFRO, R. C.; NORONHA, I. D. L.; SILVA FILHO, A. P. E. **Manual de Transplante Renal**. 2ª. ed. São Paulo: Manole, 2014. Cap. 5, p. 71-98.

MCCARLEY, P. Patient empowerment and Motivational Interviewing: engaging patients to self-manage their own care. **Nephrology Nursing Journal**, v. 36, n. 4, p. 409-13, July-August 2009.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Theoretical Basis for Nursing**. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing - Development and Progress**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELO, L. N. P.; SAINTRAIN, M. V. D. L. Perfil epidemiológico de mulheres idosas atendidas no "grupo de apoio à prevenção da incapacidade funcional". **RBPS**, Fortaleza, v. 22, n. 4, p. 251-58, out/dez 2009.

MOLINA, A. S.; SUAZO, S. V. Teoria de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 613-9, jul-ago 2009.

MS, A. N. D. V. S. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 11, de 13 de março de 2014. **ANVISA- Ministério da Saúde**, Brasília, março 2014. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências.

MS, M. D. S. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 12 dezembro 2012. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.

MS, M. D. S. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica - DRC no Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, p. 37, 2014.

MS, M. D. S. Portaria 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: **Ministério da Saúde**, 2014.

MS, M. D. S. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. **Ministério da Saúde**, Brasília, n. 1ª, p. 176p, 2014. ISSN 978-85-334-2164-6.

NETO, O. M. V.; ABENSUR, H. **Diálise Peritoneal**: manual prático- uso diário, ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Balieiro, 2013.

OLIVEIRA, A. G. Aplicação da Teoria do autocuidado de Orem em adolescente em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 46-51, jan/dez 1995.

OLIVEIRA, C. D. B.; FRANÇA, I. S. X. D. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados para pacientes com incapacidades por acidente vascular cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5477-84, set 2013. ISSN 1981-8963.

OLIVEIRA, S. K. P. D. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 155-61, jan-fev 2012.

OLIVELLA-FERNÁNDEZ, M. C.; BASTIDAS-SÁNCHEZ, C. V.; CASTIBLANCO-AMAYA, M. A. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el modelo de Orem. **Aquichan**, Chía, v. 12, n. 1, p. 53-61, abril 2012. ISSN 1657-5997.

OREM, D. E. **Nursing- concepts of practice**. 6ª. ed. Missouri: Mosby, 2001. 542 p. ISBN 0-323-00864-X.

OYELANA, O. O. Theoretical approach in the management of type I Diabetes Mellitus: a case study of Mr. O. B. **West African Journal of Nursing**, Manitoba, v. 19, p. 62-67, may 2008.

PACHECO, G. D. S.; SANTOS, I. D.; BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 144-51, mar 2007.

PARRA, M. I. D. P. S.; SALAS, M. C.; ESCOBAR, J. M. M. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. **Avances en Enfermería**, Concepción, Chile, v. XXX, p. 23-31, enero-abril 2012.

PECOITS-FILHO, R.; MORAES, T. P. D. Diálise Peritoneal. In: RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios eletrolíticos**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Cap. 55, p. 1032-46.

PEÑA, Y. N.; CASTRO SALAS, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. **Enfermería Global**, n. 10, p. 1-14, Junio 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p. ISBN 85-7307-984-3.

POPOVICH, R. P.; MONCRIEF, J. W.; NOLPH, K. D. Continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Artif Organs**, v. 2, n. 1, p. 84-6, 1978.

QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. D. S.; ALMEIDA FILHO, A. J. D. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV, n. 3, p. 157-64, nov/dez 2014. ISSN 2182.2883.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-34, mai-jun 2012.

RIBEIRO, D. F. et al. Processo de cuidar do idosos em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua no domicílio. **Acta Paul Enferm**, p. 761-6, 2009.

RICKA, R.; VANRENTERGHEM, Y.; EVERS, G. C. M. Adequate self-care of dialysed patients: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies**, p. 329-339, 2002.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Eletrolíticos**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1247 p.

ROCHA, R. D. P. F. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado visando a qualidade de vida de clientes em terapia de hemodiálise, Rio de Janeiro, 2010. Dissertação de Mestrado.

RODRIGUES, M. M. G. Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer à luz da Teoria de Orem, Brasília, 2006. Dissertação de Mestrado.

RODRÍGUES-SANDOVAL, N. A.; SOLORZANO-GARCÍA, E.; HERNÁNDEZ-CANTORAL, A. Estudio de caso de una preescolar con déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a osteogénesis imperfecta. **Enfermería Universitaria**, v. 10, n. 2, p. 67-72, 2013.

- ROSO, C. C. et al. Self-care of renal patients under conservative treatment: an integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online**, p. 102-10, dec 2013. ISSN 2175-5361.
- ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. Processo de Enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T. I., et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. Cap. 3, p. 41-62.
- SALCEDO-ÁLVAREZ, R. A. et al. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. **Enfermería Universitaria**, San Lorenzo, v. 9 , p. 25-43, julio-septiembre 2012.
- SALVADORE, A. M. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados para pacientes com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial, Campinas, 2007. Dissertação de mestrado.
- SAMPAIO, C. D. F.; GUEDES, M. V. C. Processo de enfermagem como estratégia no desenvolvimento de competência para o autocuidado. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. Especial, p. 96-103, 2012.
- SAMPAIO, F. A. A. et al. Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 1, p. 94-100, 2008.
- SANTOS, F. K. D.; VALADARES, G. V. Vivendo entre o pesadelo e o despertar - o primeiro momento no enfrentamento da diálise peritoneal. **Esc Anna Nery**, p. 39-46, jan-mar 2011.
- SANTOS, I. D.; ROCHA, R. D. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 335-42, mar-abr 2011.
- SANTOS, Z. M. D. S. A.; SILVA, R. M. D. Prática de autocuidado vivenciada pela mulher hipertensa: uma análise no âmbito da educação em saúde. **REBEn- Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 206-11, mar-abr 2006.
- SARAT, C. N. F. Aplicação da Teoria de Orem na prática de enfermagem: análise de comunicações científicas, Rio de Janeiro, 2007. Dissertação de Mestrado.
- SBN, S. B. D. N. **Censo de Diálise 2013**. Sociedade Brasileira de Nefrologia. [S.l.], p. disponível em: www.sbn.org.br. 2013.
- SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 241, p. 12-7, 2002.
- SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. D. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, p. 182-88, jan-mar 2010.

- SEGURO, A. C.; HELOU, C. M. D. B. Sódio, água e diuréticos. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 8, p. 139-52.
- SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-98, ago/dez 2011.
- SEQUEIRA, C. A. D. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, v. II, n. 12, p. 9-16, mar 2010.
- SESSO, R. Epidemiologia da Insuficiência Renal Crônica no Brasil. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar- Unifesp/ Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2002. Cap. 1, p. 01-07.
- SESSO, R. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 3, p. 39-46.
- SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, p. 233-8, 2008.
- SILVA, B. M. C. D. Terapia comportamental no controle da incontinência urinária da mulher idosa: uma ação de enfermagem na promoção do autocuidado, Rio de Janeiro, 2012. Dissertação de Mestrado.
- SILVA, E. V. C. D. **Aspectos Práticos de um Serviço de Diálise Peritoneal Domiciliar**. Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Brasília. 2011. Palestra.
- SILVA, L. F. D. et al. Terapia nutricional na insuficiência renal crônica. **Nutrire: Rev Soc Bras Alim. Nutr**, São Paulo, v. 19/20, p. 105-127, 2000.
- SIMMONS, L. Dorothea Orem"s Self Care Theory as related to nursing practice in Hemodialysis. **Nephrology Nursing Journal**, v. 36, p. 419-21, July-August 2009.
- SNYDER, J. J.; FOLEY, R. N.; COLLINS, A. J. Prevalence of CKD in the United States: A Sensitivity Analysis Using the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. **Am J Kidney Dis**, v. 53, p. 218-28, 2006.
- SOUSA, M. L. X. F. et al. Déficits de autocuidado em crianças e adolescentes com doença renal crônica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, p. 95-102, janeiro-março 2012.
- SOUZA, M. F. D. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidativos. In: CIANCIARULLO, T. I., et al. **Sistema de Assistência de Enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. Cap. 2, p. 29-39.

STASIAK, C. E. S. et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, p. 325-31, 2014.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAYLOR, S. G. et al. A Theory of Dependent-Care: A Corollary Theory to Orem's Theory of Self-Care. **Nursing Science Quarterly**, v. 14, p. 39-47, January 2001.

TAYLOR, S. G.; RENPENNING, K. **Self-care Science, Nursin Theory and Evidence-Based Practice**. New York: Springer Plubishing Company, 2011.

TEIXEIRA, C. R. D. S.; ZANETTI, M. L.; PEREIRA, M. C. A. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo o modelo conceitual de Orem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 385-91, 2009.

THOMÈ, F. S.; PREZZI, S. Distúrbios ácido-básicos. In: BARROS, E., et al. **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 11, p. 171-88.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. D.; NOBREGA, M. M. L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 7, p. 47-53, abr 1999. ISSN 2.

TZANNO, C.; MARTINS, B.; JUNIOR, E. R. **Perguntas e respostas sobre nutrição em Diálise**. São Paulo: RCN, 2008. 104 p.

UESUGUI, H. M. Cuidadores de idosos: a realidade de um centro de internação domiciliar, Rondônia, Brasil, Brasília, 2011. Tese de Doutorado.

VARELA, J. U.; VIDAL, M. R.; PEDREROS, M. C. Perfil biosociodemográfico y valoración de necesidades en pacientes en diálisis peritoneal. **Ciencia y Enfermería**, v. XX, p. 89-95, 2014. ISSN 0717-2079.

VELOZO, K. D. S. et al. Variação do peso corporal de pacientes em diálise peritoneal. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto alegre, v. 33, p. 160-66, jun 2012.

VISAYA, M. A. Hemodialysis patients' percetions of home hemodialysis and self-care. **THE CANNT Journal**, v. 20, n. 2, april-june 2010.

VITOR, A. F.; LOPES, M. V. D. O.; ARAUJO, T. L. D. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática d enfermagem. **Escola Anna Nery**, p. 611-616, jul - set 2010.

XUE, J. L. et al. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the US to year 2010. **J Am Soc Nephrol**, v. 12, p. 2753-58, 2001.

YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência Domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. 1^a. ed. São Paulo: Manole, 2010. 588 p.

ZHANG, X. et al. The role of an integrated care model for Kidney disease in the development of PD: a single-center experience in China. **PD Int**, v. 34, p. 555-8, 2014.

ZILLMER, J. G. V. et al. Caracterização dos pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua - CAPD da Região Sul do Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Pelotas, p. 318-23, Abr/Jun 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data da entrevista: _____/_____/_____

1) Nome: _____

Iniciais do nome: _____

2) Data de Nascimento: _____/_____/_____

3) Gênero: () Masculino () Feminino

4) Idade (em anos): _____

5) Endereço: _____

6) Telefones: Residencial: _____

Celular: _____

outros: _____

7) Naturalidade: _____ Procedência: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Respondente:

() usuário () cuidador

8) Escolaridade/ Grau de instrução:

() Não alfabetizado () Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo () Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

9) Atividade diária:

() trabalha. Ocupação: _____

() estuda () atividades do lar

() aposentado () Benefício do INSS

() Não tem ocupação () outros. _____

10) Estado Civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a), Separado (a)

() Viúvo (a) () Outros. Especifique: _____

11) Religião:

() Católica () Evangélica () Testemunha de Jeová

() Espírita () outra

Praticante: () não () sim. Frequência: _____

12) Renda familiar:

() 1 salário mínimo () 2-3 salários mínimos () 4-5 salários mínimos

() 1-2 salários mínimos () 3-4 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

DADOS RELATIVOS À DIÁLISE PERITONEAL

1) Etiologia da doença renal crônica: _____

2) Procedência / TRS anterior: _____

3) Data do implante do cateter de DP: _____/_____/_____

4) Data do início na DPI: _____/_____/_____

5) Modalidade de tratamento: () DPA () CAPD. Nº de trocas/dia: _____ () Híbrido

6) Treinamento: Data do início: _____/_____/_____ Término: _____/_____/_____

7) Tempo em diálise peritoneal: _____

8) Cuidador (es):

A. _____ grau de parentesco: _____ Idade: _____
B. _____ grau de parentesco: _____ Idade: _____

9) Local que é realizada a diálise:

 quarto individual com banheiro
 quarto compartilhado outro. _____

10) Quem realiza a Diálise peritoneal?

 o próprio paciente o cuidador paciente e cuidador

11) Frequência/ dia/atividade de quem realiza a diálise:

P – Paciente C- Cuidador A - Ambos

DIÁLISE (DPA)	DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
Montagem do sistema							
Conexão							
Desconexão							

DIÁLISE (CAPD)

DIÁLISE (CAPD)	HORÁRIO	RESPONSÁVEL PELA TROCA
1º Troca		
2º Troca		
3º Troca		
4º Troca		

12) Número de peritonites desde à admissão no programa: _____

Média anual: _____

13) Número de internações desde o início no programa? _____

Média: _____

14) Causas da internação:

 peritonite hipervolemia uremia outro. _____**DADOS RELATIVOS AOS REQUISITOS UNIVERSAIS**

Respondido por:

Usuário () Cuidador ()

1- Respiração

Apresenta dificuldade para respirar?

 NÃO SIM. Em que momento? _____

O líquido peritoneal dificulta sua respiração?

 NÃO SIM. Em que momento? em pé sentado deitadoQual posição sente-se melhor para respirar? em pé sentado deitadoApresenta tosse? NÃO SIM. Em que momento? _____**2- Hidratação:**

Consumo diário:

 menor ou igual que 1 L menor ou igual que 2 L maior ou igual que 2 L não controlaSensação de sede: pouca intensaMucosas hidratadas: NÃO SIM. PA: _____Edema facial: NÃO SIM.Edema de MMII: NÃO SIM.**3- Alimentação:**Apresenta dificuldade para mastigar os alimentos? NÃO SIM.Apresenta falta de apetite? NÃO SIM.

Apresenta náusea ou vômitos? () NÃO () SIM.

Número de refeições/dia?

() 3x/dia () 4x/dia () 5x/dia () outro. _____

Peso na admissão do programa: _____

Peso atual: _____ Altura: _____ IMC: _____ Albumina: _____

4- Eliminação/ Excreção:

Realiza cateterismo urinário? () NÃO () SIM Se sim, quantas vezes ao dia: _____

Quem realiza o cateterismo? () usuário () cuidador

Diurese residual? () NÃO () SIM Se sim, quanto em 24h: _____

Sabe a importância da diurese residual? () NÃO () SIM.

Cite: _____

Hábito intestinal:

() 1x/dia () dias alternados () 2x/dia () uso de laxantes () outro. _____

Apresenta dificuldade para evacuar? () NÃO () SIM. Qual? _____

5- Atividade / Descanso

Você realiza alguma atividade física? () NÃO () SIM

Qual? _____ Frequência: _____

Ao exercitar-se, sente:

() disposição () indisposição () cansaço () dor torácica () fadiga

() outro. _____

Padrão de sono/ repouso

Sono diário: _____h

Você dorme bem? () NÃO () SIM

Padrão de sono:

() leve () acorda várias vezes () agitado () pesado () insônia.

() outro. _____

Problemas do sono: () dificuldade de iniciar o sono () dificuldade de manter o sono

() ronco () sonolência diurna

() outros. _____

Costuma dormir durante o dia?

() NÃO () SIM. Quanto tempo e horário? _____

Costuma fazer algo para ajudar a dormir?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

Após a diálise peritoneal houve alguma mudança relacionada com o sono/repouso?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

—
A cicladora alarma:

() 1x/noite () 2x/noite () mais de 3x/noite () não alarma () N/A

6- Solidão/ Interação Social

Você tem alguma atividade de lazer/ hobby? () NÃO () SIM

Cite: _____

A diálise peritoneal interfere na atividade de lazer?

() NÃO () SIM Como? _____

Você tem dificuldade para relacionar-se com as outras pessoas/ família/ amigos...?

() NÃO () SIM. Quais dificuldades?

—
Você é associado a algum grupo? () NÃO () SIM Qual? _____

O que você faz nos finais de semana? _____

() fica em casa. Atividade: _____

- () reúne a família
 () sai com amigos. Local : _____
 Classificação da sua relação com as pessoas que residem com você:
 () ótima () boa () regular () péssima
 Classificação da sua relação com o cuidador:
 () ótima () boa () regular () péssima () N/A
 Antes de iniciar a diálise peritoneal tinha vida sexual ativa?
 () NÃO () SIM
 Atualmente, tem vida sexual ativa? () NÃO () SIM
 Tem alguma preocupação em relação à sua vida sexual?
 () NÃO () SIM. Qual? _____
 A diálise peritoneal modificou de alguma forma o seu desejo ou vontade sexual?
 () NÃO () SIM. Especifique: _____

7- Prevenção de riscos à saúde e ao bem-estar

- Há mais alguém com doença renal na família?
 () NÃO () SIM. Quem? _____
 Quais as doenças mais comuns da sua família?

 Comorbidades relacionadas à doença renal crônica:
 () DM () cardiopatias () dislipidemias () depressão () osteodistrofias
 () HAS () obesidade () Outros. _____

Hábitos:

- () cigarro
 Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____
 () álcool
 Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____
 () drogas
 Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____

8- Promoção da Saúde

Vacinação:

- | | |
|---|---|
| Hepatite B () NÃO () SIM. | Data da última dose: ____/____/____ |
| Influenza () NÃO () SIM. | Data da última dose: ____/____/____ |
| Outra. _____ | Data da última dose: ____/____/____ |
| Consulta odontológica? () NÃO () SIM. | Data da última consulta: ____/____/____ |
| Consulta urológica? () NÃO () SIM. | Data da última consulta: ____/____/____ |
| Consulta ginecológica? () NÃO () SIM. | Data da última consulta: ____/____/____ |
| Outra. _____ | Data da última consulta: ____/____/____ |
| Outra. _____ | Data da última consulta: ____/____/____ |

DADOS RELATIVOS AOS REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO

- Em que período recebeu o diagnóstico?
 () infância () adolescência () adulto () idoso
 O que mudou em sua vida após o aparecimento da doença renal crônica?
 () deixou de trabalhar () deixou de estudar () deixou de brincar () rompeu relações
 () outros . _____
 Nível de compreensão da sua situação?
 () dificuldade () consciente () negação () outro. _____

Como é conviver com a Diálise Peritoneal? Como você se vê após o início na diálise peritoneal?

Acha que a diálise peritoneal mudou o seu jeito de ser? () NÃO () SIM.

De que forma? _____

Quais as mudanças no seu corpo após a Diálise Peritoneal?

O que se sente em relação às mudanças ocorridas no seu corpo após o início na diálise peritoneal? _____

A Diálise Peritoneal limita suas atividades? () NÃO () SIM

Qual a (s) atividades (s) que gostaria de fazer e não faz devido à diálise?

O que sente em relação a essa limitação? _____

Acha que a diálise peritoneal poderá afetar os seus planos futuros?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

A diálise peritoneal trouxe algum problema na sua vida familiar?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

DADOS RELATIVOS AOS REQUISITOS DE DESVIOS DE SAÚDE

1- Conhecimento sobre a doença renal crônica e a tratamento

Quais as principais dúvidas que você tem quanto à doença renal crônica?

Você sabe como a Diálise Peritoneal funciona? () NÃO () SIM

Explique: _____

Quais as principais dúvidas que você tem quanto à diálise peritoneal?

2- Conhecimento da conduta terapêutica e assistencial

Você apresenta dificuldade para realizar a Diálise Peritoneal? () NÃO () SIM

Qual? _____

Você tem dificuldade de manusear a cicladora/ realizar as trocas? () NÃO () SIM

Qual dificuldade? _____

Cateter com bom funcionamento?

() boa drenagem () boa infusão

Você sabe quais os cuidados que deve ter com o cateter?

() NÃO () SIM

Cite: _____

Você sabe quais os sinais/sintomas da infecção do Local de Saída do cateter (LSC)?

() NÃO () SIM

Cite: _____

Você sabe como prevenir a infecção do LSC? () NÃO () SIM

Cite: _____

Você sabe quais as complicações que podem ocorrer na Diálise Peritoneal?

() NÃO () SIM

Cite: _____

Você sabe quais os sinais/ sintomas da Peritonite? () NÃO () SIM

Cite: _____

Você sabe como prevenir a Peritonite? () NÃO () SIM

Cite: _____

Você apresenta dificuldade para tomar as medicações prescritas? () NÃO () SIM

Qual dificuldade? _____

Obedece aos horários prescritos das medicações?

() sempre. Por quê? _____

() às vezes. Por quê? _____

() raramente. Por quê? _____

Costuma se pesar?

() diariamente () semanalmente () mensalmente () nas consultas () N/A

Você sabe quanto de líquidos pode ingerir por dia?

() NÃO () SIM. Cite: _____

Líquidos que costuma ingerir:

() água () chá () sucos naturais () refrigerante () refrescos

() outros. _____

Você sabe quais os alimentos que devem ser restringidos? () NÃO () SIM

Cite alguns: _____

Você sabe quais os alimentos liberados? () NÃO () SIM

Cite alguns: _____

Mesmo conhecendo, segue a dieta corretamente? () NÃO () SIM

Se não, por que não tem motivação para seguir a dieta? _____

Quem prepara a sua alimentação? _____

Tem conhecimento sobre a dieta? () NÃO () SIM () SIM, MAS TEM DÚVIDAS

3- Adesão para manutenção do tratamento

Tem dificuldade para deslocar-se ao Hospital para as consultas e exames?

() NÃO () SIM. Qual dificuldade? _____

Nos últimos três meses, quantas vezes deixou de realizar a terapia?

() nenhuma () uma vez () duas vezes () três vezes () mais de três vezes

Nos últimos 3 meses **compareceu** a todas as consultas, exames que foram marcadas?

() Nunca () Quase Nunca () Poucas vezes () Algumas Vezes () Quase sempre () Sempre

Impressões do pesquisador:

Parte II – Entrevista - CUIDADOR

Data da entrevista: _____/_____/_____

1) Nome: _____

Iniciais do nome: _____

2) Data de Nascimento: _____/_____/_____

3) Gênero: () Masculino () Feminino

4) Idade (em anos): _____

5) Naturalidade: _____

6) Grau de parentesco: _____

7) Reside com o paciente?

() SIM () NÃO

8) Escolaridade/ Grau de instrução:

() Não alfabetizado

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

09) Possui outra atividade além de cuidador:

() trabalha. Ocupação: _____

() estuda () atividades do lar () desempregado

() aposentado () outros. _____

10) Estado Civil:

() Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a), Separado (a)

() Viúvo (a) () Mora com companheiro (a)

() Outros. Especifique: _____

11) Religião:

() Católica () Evangélica () Testemunha de Jeová

() Espírita () outra _____

Praticante: () não () sim. Frequência: _____

12) Renda individual:

() 1 salário mínimo () 2-3 salários mínimos () 4-5 salários mínimos

() 1-2 salários mínimos () 3-4 salários mínimos () mais de 5 salários mínimos

() não possui renda .

Capacidade psicoemocional para cuidar

13) Você se considera uma pessoa:

() alegre () triste

A maior parte do tempo você está:

() ansiosa () irritada () tranquila

14) Após o início da diálise peritoneal pelo paciente, você se sente mais triste?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

15) Após o início da diálise peritoneal pelo paciente, você se sente mais preocupado (a)?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

16) Após o início da diálise peritoneal pelo paciente, você se sente mais irritado (a)?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

17) O que mudou na sua vida depois que você começou a cuidar de S?

18) Número de anos dedicados ao cuidado?

até 01 03 a 05

01 a 03 mais de 05

19) Quantas horas se dedica à atividade de cuidador?

integralmente

meio período

somente para montagem do sistema, conexão e desconexão

outros. Especifique: _____

20) Possui auxílio para o cuidado? NÃO SIM

Se sim, em quais tarefas? _____

Quem auxilia? _____

Capacidade técnica para cuidar

21) Você apresenta dificuldade para realizar a Diálise Peritoneal? NÃO SIM

Qual? _____

22) Você tem dificuldade de manusear a cicladora/ realizar as trocas? NÃO SIM

Qual dificuldade? _____

23) Apresenta dificuldade no desenvolvimento de tarefas como cuidador?

montagem do sistema curativo no cateter

conexão auxílio na restrição dietética

desconexão auxílio na restrição hídrica

administração de medicações acompanhamento às consultas, exames e procedimentos

Capacidade física para cuidar

24) Você tem algum problema de saúde? NÃO SIM

DM cardiopatia

HAS Outros. _____

25) Faz uso de algum medicamento?

NÃO SIM. Qual? _____

26) Hábitos:

café

Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____

cigarro

Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____

álcool

Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____

drogas

Há quanto tempo _____ consumo diário _____ deixou o vício há _____

27) Você realiza alguma atividade física? NÃO SIM ÀS VEZES

Qual? _____ Frequência: _____

28) Você possui alguma limitação física?

deficiência visual dores articulares deformidade física

deficiência auditiva problemas na coluna outra. _____

29) O papel de cuidador limita seus afazeres/ atividades? () NÃO () SIM

30) Qual a (s) atividades (s) que gostaria de fazer e não faz devido ao papel de cuidador?

31) Após o início da diálise peritoneal pelo paciente, você se sente mais cansado?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

32) Após o início da diálise peritoneal pelo paciente, houve alguma mudança relacionada ao seu sono/repouso?

() NÃO () SIM. Especifique: _____

Motivação para cuidar

33) Qual o seu sentimento em relação ao papel de cuidador?

() gosta da atividade () não gosta da atividade

34) Qual seu sentimento em relação à doença de S e o tratamento na DP?

() tristeza () esperança () medo () raiva () irritação () outro. _____

35) Classificação da sua relação com o paciente:

() ótima () boa () regular () péssima

36) Classificação da qualidade da comunicação com o paciente:

() ótima () boa () regular () péssima

37) Qual sua atitude frente ao paciente?

() Superproteção () Culpa () descaso () piedade

() Estimula a independência do paciente frente ao autocuidado



APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da Pesquisa: “Autocuidado e Cuidado de Dependente em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: um estudo da Teoria de Orem”

Nome da Pesquisadora: Lucyana Bertoso de Vasconcelos Freire

Nome da Orientadora: Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar em um hospital público de referência do Distrito Federal.

Os pacientes que possuem insuficiência renal crônica e realizam diálise peritoneal domiciliar há mais de 01 (um) mês nesse hospital serão convidados a participar desta pesquisa.

O (a) Sr. (Sra.) tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, deixar de responder questões, e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) Sr. (Sra.) ou seu tratamento na instituição. Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB.

A sua participação será por meio de realização de entrevista, a qual se baseará na aplicação de 3 (três) questionários, que o Sr. (Sra.) responderá. Para isso, será necessário aproximadamente 1 hora de sua atenção. Além disso, também serão utilizadas as informações do seu prontuário.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não identificamos até o presente momento qualquer evidência de riscos para os sujeitos da pesquisa, porém consideramos a existência da ocorrência de riscos mínimos, principalmente relacionados a algum tipo de desconforto emocional/psicológico que podem surgir a partir de alguma pergunta realizada, a qual possa causar algum constrangimento ou o (a) faça relembrar alguns momentos negativos e/ou dolorosos no decorrer da sua doença e tratamento. Assim, caso isso aconteça, o (a) Sr. (a) tem a liberdade de responder ou não a questão que sentir algum incômodo e isso não acarretará impacto no seu tratamento na instituição.

O (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário de Brasília - UnB, parecer nº 735.667. As dúvidas com relação à

assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone (61) 3107-1947 ou do email cepfs@unb.br ou o telefone das pesquisadoras.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade. Nós nos comprometemos em divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, assegurando que o (a) senhor (a) não será identificado após responder as perguntas deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as necessidades de cuidados do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o direcionamento da assistência de enfermagem para a melhor atenção a essas necessidades.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Sr. (Sra.).

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

7 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB

Endereço: Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília **Telefone:** (61) 3107-1947 **E-mail:** cepfs@unb.br

Pesquisador: Enfa. LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE – (61) 98399029

Orientador: Profa. Dra. DIANA LÚCIA MOURA PINHO – (61) 3376-7046



APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
para pais ou responsáveis de usuários menores de 18 anos

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – para pais ou
responsáveis de usuários menores de 18 anos.**

**Título da Pesquisa: “Autocuidado e Cuidado de Dependente em Diálise Peritoneal
Ambulatorial Contínua: um estudo da Teoria de Orem”**

Nome da Pesquisadora: Lucyana Bertoso de Vasconcelos Freire

Nome da Orientadora: Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Prezado (a) Senhor (a),

O seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar em um hospital público de referência do Distrito Federal. Os pacientes que possuem insuficiência renal crônica e realizam diálise peritoneal domiciliar há mais de 01 (um) mês nesse hospital serão convidados a participar desta pesquisa.

A participação do seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade nesta pesquisa é totalmente voluntária. Se o (a) Sr. (Sra.) não quiser consentir que seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade participe da pesquisa, responda determinadas questões ou se ainda quiser se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo para seu filho(a)/ menor sob sua responsabilidade ou ao seu tratamento na instituição. Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB.

A participação do seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade será por meio de realização de entrevista, a qual se baseará na aplicação de 3 (três) questionários, que ele responderá com ou sem auxílio do (a) Sr. (Sra.). Para isso, será necessário aproximadamente 1 hora da atenção de vocês. Além disso, também serão utilizadas as informações do prontuário.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não identificamos até o presente momento qualquer evidência de riscos para os sujeitos da pesquisa, porém consideramos a existência da ocorrência de riscos mínimos, principalmente relacionados a algum tipo de desconforto emocional/psicológico que podem surgir a partir de alguma pergunta realizada, a qual possa causar algum constrangimento ou os (as) façam lembrar alguns momentos negativos e/ou dolorosos no decorrer da sua doença e tratamento. Assim, caso isso aconteça, o seu filho (a)/menor sob sua responsabilidade ou o (a) Sr. (a) tem a liberdade de responder ou não a questão que sentir algum incômodo e isso não acarretará impacto no tratamento do seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade na instituição.

O (a) Sr. (Sra.) nem seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade não terão nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade do seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário de Brasília - UnB, parecer nº 735.667. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone (61) 3107-1947 ou do email cepfs@unb.br ou o telefone das pesquisadoras.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade. Nós nos comprometemos em divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, assegurando que o seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade não será identificado após responder as perguntas deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) nem seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade não terão nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o direcionamento da assistência de enfermagem para a melhor atenção a essas necessidades.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que seu filho (a)/ menor sob sua responsabilidade participe desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Sr. (Sra.).

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

8 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Representante legal (pai/ mãe/ responsável) do Participante da pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde- UNB

Endereço: Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília

Telefone: (61) 3107-1947

E-mail: cepfs@unb.br

Pesquisador: Enfa. LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE – (61) 98399029

Orientador: Profa. Dra. DIANA LÚCIA MOURA PINHO – (61) 3376-7046



APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
para pais ou responsáveis de usuários com incapacidade mental

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – para pais ou
responsáveis de usuários com incapacidade mental.**

Título da Pesquisa: **“Autocuidado e Cuidado de Dependente em Diálise Peritoneal
Ambulatorial Contínua: um estudo da Teoria de Orem”**

Nome da Pesquisadora: Lucyana Bertoso de Vasconcelos Freire

Nome da Orientadora: Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Prezado (a) Senhor (a),

O seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo analisar as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar em um hospital público de referência do Distrito Federal. Os pacientes que possuem insuficiência renal crônica e realizam diálise peritoneal domiciliar há mais de 01 (um) mês nesse hospital serão convidados a participar desta pesquisa.

A participação do seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade nesta pesquisa é totalmente voluntária. Se o Sr. (Sra.) não quiser consentir que seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade participe da pesquisa, responda determinadas questões ou se ainda quiser se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo para seu filho(a)/ pessoa sob sua responsabilidade ou ao seu tratamento na instituição. Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa por meio do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB.

A participação do seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade será por meio de realização de entrevista, a qual se baseará na aplicação de 3 (três) questionários, que o Sr (Sra) responderá. Para isso, será necessário aproximadamente 1 hora da sua atenção. Além disso, também serão utilizadas as informações do prontuário.

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas e não identificamos até o presente momento qualquer evidência de riscos para os sujeitos da pesquisa, porém consideramos a existência da ocorrência de riscos mínimos, principalmente relacionados a algum tipo de desconforto emocional/psicológico que podem surgir a partir de alguma pergunta realizada, a qual possa causar algum constrangimento ou o (a) faça lembrar alguns momentos negativos e/ou dolorosos no decorrer da sua doença e tratamento. Assim, caso isso aconteça, o (a) Sr. (a) tem a liberdade de responder ou não a questão que sentir algum incômodo e isso não acarretará impacto no tratamento do seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade na instituição.

O (a) Sr. (Sra.) nem seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade não terão nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago pela participação de vocês.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade do seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário de Brasília - UnB, parecer nº 735.667. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone (61) 3107-1947 ou do email cepfs@unb.br ou o telefone das pesquisadoras.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e sua orientadora terão conhecimento de sua identidade. Nós nos comprometemos em divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, assegurando que o seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade não será identificado após responder as perguntas deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) nem seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade não terão nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as necessidades de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o direcionamento da assistência de enfermagem para a melhor atenção a essas necessidades.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que seu filho (a)/ pessoa sob sua responsabilidade participe desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o (a) Sr. (Sra.).

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Representante legal (pai mãe responsável) do Participante da pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde - UNB
Endereço: Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília
Telefone: (61) 3107-1947 **E-mail:** cepfs@unb.br
Pesquisador: Enfa. LUCYANA BERTOSO DE VASCONCELOS FREIRE – (61) 98399029
Orientador: Profa. Dra. DIANA LÚCIA MOURA PINHO – (61) 3376-7046

ANEXO A- INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

ÍNDICE DE KATZ**Atividades de Vida Diária (AVDs)**

Banhar-se (de esponja, na banheira ou no chuveiro).

- Toma banho completamente sem assistência.
- Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo, como pernas e costas.
- Recebe assistência para lavar mais que uma parte do corpo.

Vestir-se (retirar roupas do armário e do cabide, inclusive roupas de baixo e sobretudo; lidar com fechos e cintos e calçar sapatos):

- Apanha as roupas e veste-se completamente sem assistência.
- Apanha as roupas e veste-se sem assistência, exceto no amarrar os cordões dos sapatos.
- Recebe assistência para arrumar as roupas e vestir-se ou permanece parcial ou completamente sem roupa.

Usar sanitário (ir ao sanitário para as eliminações, limpar-se após as eliminações e arrumar as vestes):

- Vai ao sanitário, limpa-se e arruma as vestes sem assistência (pode usar objetos auxiliares como bengalas, andador e cadeira de rodas, pode usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã).
- Recebe assistência para ir ao sanitário, no limpar-se e arrumar as vestes após a eliminações ou no uso de comadre/papagaio à noite.
- Não consegue usar sanitário para as eliminações.

Deitar e levantar da cama e sentar e levantar da cadeira:

- Sobee e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira sem assistência (pode estar usando objeto auxiliar como bengala, andador).
- Sobee e desce da cama assim como senta-se e levanta-se da cadeira com assistência.
- Não sai da cama, acamado completamente.

Continência das eliminações:

- Tem controle completo das eliminações urinária e intestinal.
- Tem ocasionais “acidentes”.
- A assistência ajuda a manter o controle da micção (dos que usam cateter ou que são incontinentes).

Alimenta-se:

- Alimenta-se sem assistência.
- Alimenta-se por si, exceto para cortar a carne e passar manteiga no pão.
- Recebe assistência para alimentar-se.
- Recebe alimentação por gavagem ou via enteral.

ANEXO B– INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL – ESCALA DE LAWTON

ESCALA DE LAWTON

Atividade		Avaliação	
1	O (a) Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O (a) Sr (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O (a) Sr (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O (a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O (a) Sr (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O (a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O (a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O (a) Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O (a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
Total		_____ pontos	

ANEXO C- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES- ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)

Escala de Zarit Burden Interview (ZBI)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem quando cuidam de outra pessoa. Em cada afirmativa indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1; algumas vezes=2; frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (a) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele (a) como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele (a) pode depender?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito tempo mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto, S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÉ DE ÉTICA DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (CEP-UnB)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Autocuidado em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: contribuição da Teoria de Orem

Pesquisador: Lucyana Bertoso de Vasconcelos Freire

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33353014.8.0000.5558

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 735.667

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

"Na evolução da enfermagem como ciência, o grande desafio do enfermeiro tem sido a aplicação dos conhecimentos adquiridos no campo teórico na prática profissional. O advento das teorias de enfermagem em meados da década de 50 veio para estimular o desenvolvimento da profissão como disciplina profissional científica aliando corpo de conhecimento próprio com vistas à fundamentação da prática. Nesse contexto, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem (TDACE), de autoria de Dorothea Orem, subsidia a sistematização da assistência de enfermagem através do planejamento de ações em diversos contextos no Brasil e no mundo. O presente estudo discute a teoria do autocuidado de Orem como direcionamento para a assistência de enfermagem em pessoas com doença renal..." Serão 50 os sujeitos de pesquisa que se submetem a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC. E os participantes serão os pacientes do Hospital Universitário de Brasília - HUB. "Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, de natureza qualitativa."

Objetivo da Pesquisa:

" Objetivo Primário: Analisar as demandas para o autocuidado em usuários renais crônicos em diálise peritoneal ambulatorial contínua à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem de Orem. Objetivo Secundário: 1º) Caracterizar o perfil sócio-demográfico-clínico dos usuários em

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: fmd@unb.br

Continuação do Parecer: 735.667

diálise peritoneal ambulatorial contínua e de seu cuidador; 2º) Identificar as demandas de autocuidado de acordo com os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde; 3º) Verificar os fatores que interferem no autocuidado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

" Riscos: Por se tratar de pesquisa qualitativa, serão aplicados entrevistas e questionários aos participantes. Esses procedimentos de coleta de dados incorrem em riscos mínimos haja vista que não haverá abordagens invasivas. Risco mínimo é discutido por Kottow (2008, p.83) que expõe a insignificância desse agravo comparando-o ao risco cotidiano ou ao equivalente à rotina médica a que o participante se submete. Porém, desconfortos emocionais e psicológicos podem surgir a partir de alguma pergunta realizada, bem como, algum constrangimento ou lembranças de momentos negativos e/ou dolorosos. Nesse sentido, a pesquisadora demandará atenção especial e se atentará para o direito de não resposta a questões que possam causar incômodo de qualquer natureza, bem como, a percepção da possibilidade de interrupção da entrevista com a continuidade em outro momento ou até mesmo a não participação do sujeito na pesquisa. Acrescenta-se, nesse âmbito, a necessidade de acompanhamento psicológico e o esclarecimento ao participante de que a não participação não acarretará impacto no seu tratamento na instituição. (Guilhem, Greco, 2008; Luna, 2008; Rogers, Ballantyne, 2008; Lott, 2008; MS/CNS Resolução 466, 2012) Benefícios: Ao participar deste estudo o usuário não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as demandas de cuidados de enfermagem do paciente renal crônico em diálise peritoneal domiciliar de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para o direcionamento da assistência de enfermagem para a melhor atenção a essas necessidades. O participante será esclarecido sobre os benefícios futuros da pesquisa no que se refere às informações importantes sobre as demandas de autocuidado dos usuários que se submetem a essa modalidade dialítica."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC é um dos métodos de diálise realizada. O outro método é a Hemodiálise, através de uma fístula (união de uma veia com uma artéria), em um dos braços do paciente. Em comparação com a Hemodiálise a DPAC deixa o paciente mais liberado para a alimentação, a injeção de água etc. Ela ocorre com os pacientes fazendo a diálise no hospital (DPI - Diálise Peritoneal Intermitente) ou na própria casa do paciente, após o treinamento deste nas trocas das bolsas. Normalmente se faz três vezes por dia, quando em casa, o que toma muito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: fmd@unb.br

Continuação do Parecer: 735.667

tempo do paciente ou através de uma máquina chamada CICLADORA, durante a noite. O método da DPAC utiliza a membrana peritoneal do paciente para filtração do sangue. Este método é muito suscetível a infecção (peritonite), quando feito pelo próprio paciente, em sua casa. A Pesquisadora disserta sobre esse método no corpo do Projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este Projeto traz os termos de apresentação obrigatória como os currículos da Orientadora e da Pesquisadora Responsável, os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos - TCLEs, a Folha de Rosto, a Planilha Orçamentária, os termos de ciência e concordância, o resumo etc. Os termos de consentimentos são apresentados em 3 (três) formas: uma para maiores de dezoito anos, a segunda para menores de dezoito anos e a terceira para incapazes. Os questionários, que são partes da segunda etapa do Projeto, exigirá 3 (três) meses para serem aplicados aos sujeitos de pesquisa. O Projeto, desde o seu início, terá uma duração de 24 meses (conforme organograma de execução apresentado) e servirá para a obtenção do título de Mestre em Políticas, Práticas e Cuidados em Saúde em Enfermagem da UNB, da mestranda Lucyana Bertoso Vasconcelos Freire. O tamanho da AMOSTRA é de 50 (cinquenta) sujeitos de pesquisa.

Recomendações:

1ª) Recomendamos que as redações dos TCLEs a serem apresentadas aos sujeitos de pesquisa solicitem aos participantes a permissão para uso dos PRONTUÁRIOS dos mesmos e não apenas os informem de que utilizarão os PRONTUÁRIOS como fonte de informação; 2ª) a Carta de Apresentação do Projeto ao CEP, pela Pesquisadora Responsável, está dirigida à Faculdade de Ciências da Saúde e não para a Faculdade de Medicina, ambas da UNB, onde se encontra o Projeto. Isso pode ser, também, observado na Folha de Rosto, onde o Termo de Compromisso é assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto é enquadrado no Grupo III, não pertencente a área temática especial. Área de conhecimento 4.0 - Ciências da Saúde; 4.04 Enfermagem.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto intitulado: Autocuidado em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua:

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: fmd@unb.br

E-mail:

contribuição da Teoria de Orem, foi apresentado com toda documentação pertinente, apresenta objetivos bem definidos, delineamento e cronograma executáveis, apresenta risco mínimo se comparado ao risco cotidiano ou ao equivalente a rotina médica a que o participante a se submete. Porém, recomenda-se: Que as redações dos TCLEs a serem apresentadas aos sujeitos de pesquisa solicitem aos participantes a permissão para uso dos PRONTUÁRIOS dos mesmos e não apenas os informem de que utilizarão os PRONTUÁRIOS como fonte de informação. Após apresentação pelo relator e discussão, o comitê aprovou com a necessidade de atender a recomendação acima apresentada.

BRASILIA, 01 de agosto
de 2014

**Florêncio Figueiredo
Cavalcanti Neto**
(Coordenador)