

LETÍCIA CÂNDIDA DE OLIVEIRA

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS
À DIÁLISE PERITONEAL EM MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE, MS

2016

LETÍCIA CÂNDIDA DE OLIVEIRA

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS
À DIÁLISE PERITONEAL EM MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mestrado Acadêmico, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Graça da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

CAMPO GRANDE, MS

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Jaziel V. Dorneles – Bibliotecário/Documentalista – CRB1-2592)

Oliveira, Letícia Cândida de.

O48a Aspectos clínicos e epidemiológicos de pessoas submetidas a diálise peritoneal em Mato Grosso do Sul / Letícia Cândida de Oliveira. – Campo Grande, MS, 2016.

86 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Maria da Graça da Silva.

Co-orientador: Albert Schiaveto de Souza.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Campo Grande, MS, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Insuficiência renal crônica – Epidemiologia. 2. Diálise peritoneal – Mato Grosso do Sul. 3. Hemodiálise – Mato Grosso do Sul I. Silva, Maria da Graça da. II. Souza, Albert Schiaveto de. III. Título.

CDD (22) 617.461059
617.46105908171

FOLHA DE APROVAÇÃO

LETÍCIA CÂNDIDA DE OLIVEIRA

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL EM MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Mestrado Acadêmico, como requisito para obtenção do grau de mestre.

Resultado: _____

Campo Grande (MS), 10 de junho de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Graça da Silva
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Elsa Alídia Petry Gonçalves
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Aucely Corrêa Fernandes Chagas
Universidade Católica Dom Bosco

Profa. Dra. Olinda Maria Rodrigues de Araújo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Durval de Oliveira e Alice Riyo Cunioci de Oliveira a quem dedico todo meu amor em gratidão por terem me dado tudo o que eu precisei e preciso.

Aos meus irmãos Evandro Augusto de Oliveira e André José de Oliveira, que têm de mim todo o amor e presença o quanto e quando for preciso.

Ao meu marido Henrique Ozuna Oshiro, meu melhor amigo, companheiro de todas as horas, aprendizagens e da melhor descoberta e alegria de nossas vidas: a nossa filha Melissa Oliveira Oshiro que nos ensina a cada dia o que é o amor mais próximo ao amor divino.

Aos pacientes renais crônicos em tratamento dialítico, especialmente àqueles que cuidei, que muito me ensinaram. Também às pessoas portadoras de algum grau de insuficiência renal que possam precisar de terapias de substituição renal em algum momento.

Aos profissionais dedicados da nefrologia que proporcionam alento ao sofrimento dos nossos pacientes.

AGRADECIMENTO

A Deus, Seu Filho Jesus e todos os espíritos de luz por todas as graças e provas de sua existência em minha vida, por tudo que fazem pelo macro e microcosmo, por cada ser humano.

Aos pacientes participantes do estudo que dividiram suas histórias, lembrando momentos difíceis e dolorosos, compreendendo a importância da ciência em prol de um bem maior, que é o bem de todos.

À minha orientadora, professora Maria da Graça da Silva pela orientação, dedicação e serenidade nos momentos de exaustão.

Ao professor e co-orientador Albert Schiaveto de Souza pela confiança e sabedoria em transmitir tanto conhecimento.

Aos enfermeiros e médicos responsáveis pelos centros de nefrologia que participaram do estudo: enfermeiros Revelino, Danilo Bertolotto, Yara Celly, Lucienne Gamarra, Regina Terra e aos responsáveis médicos Miriam Trentim, Elsa Alídia, Sueli Daniel e Odailton.

Às médicas nefrologistas Elsa Alídia Petry Gonçalves e Rosangela Silva Rigo, pois mesmo tendo alcançado um alto patamar de conhecimento, não se esqueceram de ter compaixão pelo sofrimento e dificuldades de nossos pacientes.

Aos colaboradores na coleta de dados, enfermeira Bruna da Clínica do Rim de Dourados, as técnicas de enfermagem Juliana Peralta e Maryellen, e ao meu marido Henrique Ozuna Oshiro.

“Quando compreendermos nossa divinal missão

Seremos unidos eternamente

E o nosso Senhor viverá contente”

Hino Mântrico Vale do Amanhecer

RESUMO

OLIVEIRA, L. C. Características clínicas e epidemiológicas de pacientes submetidos à diálise peritoneal em Mato Grosso do Sul. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2016.

Introdução: A Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) tornou-se problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo. A diálise peritoneal (DP) oferece maior autonomia, menores efeitos adversos comuns durante a hemodiálise (HD) e diminuição de custos. No entanto, é uma terapia pouco utilizada, estando mais de 90% dos nefropatas em utilização da HD. Poucos estudos têm sido realizados sobre a situação da população em DP e as razões para baixa utilização. Sendo assim, esta pesquisa objetiva caracterizar a clientela submetida à DP em Mato Grosso do Sul; elencar os fatores que influenciam na escolha desta modalidade de terapia renal substitutiva (TRS) e propor um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRCT. **Material e Método:** a pesquisa foi realizada em cinco instituições do estado que oferecem a DP, e os participantes responderam a questionários através de entrevistas realizadas pessoalmente e exclusivamente, onde foram abordados sobre aspectos sociodemográficos, clínicos, detalhes do tratamento e suas percepções sobre a terapia. Os dados foram analisados com estatística descritiva e apresentados em figuras e tabelas. A avaliação da associação: a) entre o grau de escolaridade e o aparecimento de complicações; b) entre o tratamento conservador e a primeira terapia utilizada; c) entre se recebeu informações sobre DP antes do início do tratamento e a primeira terapia utilizada; e d) entre o tipo de tratamento utilizado e o nível de satisfação em relação ao tratamento, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. **Resultados:** Foram entrevistadas setenta pessoas, sendo 61,4% pertencente a uma única instituição. As características sociodemográficas mostram que 51,4% pertencem ao sexo masculino e 48,6% ao sexo feminino; a faixa etária corresponde a 30-59 anos, com média de idade de 55,17 anos; predominam a raça branca (53,9%); casados (54,3%); fora do mercado de trabalho (87,1%); aposentados (57,1%); de baixa escolaridade (42,9%); com renda mensal entre 1 e 4 salários mínimos (82,9%); residentes no mesmo município do serviço de nefrologia (54,3%). A etiologia mais frequente (55,7%) entre os participantes foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguida de diabetes mellitus (DM) com 42,9%. A cardiopatia foi a comorbidade mais mencionada (21,4%); e os sintomas no início do tratamento foram: edema (64,3%), fraqueza (44,3%) e náuseas e vômitos (37,1%). Em relação às características do tratamento dialítico, apenas 25,7% dos diagnósticos de DRCT foram feitos por médicos da atenção básica. Para 62,9% da amostra não houve a oportunidade tratamento conservador (TTC). Não houve associação entre a primeira terapia utilizada e a realização ou não do TTC (valor de $p=0,087$). Em relação as características da terapia, 80% da amostra encontra-se em diálise peritoneal automatizada (DPA), e 68,6% negam complicações com a terapia. Não houve associação entre a escolaridade e o aparecimento de complicações. Os participantes em DP relatam nenhuma dificuldade (37,1%) e insegurança inicial (14,3%). Houve associação significativa entre a satisfação e a

terapia utilizada, sendo percentual de pacientes que se declararam muito satisfeitos com a diálise peritoneal foi significativamente maior do que o daqueles submetidos à hemodiálise (57,1% *versus* 4,3%). **Conclusões:** O conhecimento das características desta população específica pode ser útil para a melhor utilização da terapia. Os dados sugerem a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento desde o serviço primário e de intervenções rigorosas no âmbito da educação pré diálise, propondo a construção de modelos de orientações aos pacientes para fortalecer sua autonomia, e a conseqüente satisfação e qualidade de vida. Além disso, o fortalecimento da terapia de DP estaria contribuindo para a diminuição de gastos do Estado e trazendo benefícios clínicos, além dos pessoais, aos clientes, bem como fortalecendo a atuação do enfermeiro nefrologista em seu papel de educador em saúde.

Descritores: Doença Renal Crônica Terminal; Diálise Peritoneal; Educação em Saúde

ABSTRACT

OLIVEIRA, L. C. Clinical and epidemiological characteristics of patients undergoing peritoneal dialysis in Mato Grosso do Sul. 86 f. Dissertation (Masters in Nursing) - Federal University of Mato Grosso do Sul Campo Grande, 2016..

Introduction: End Stage Renal Disease (ESRD) has become a public health problem in Brazil and worldwide. Peritoneal dialysis (PD) offers greater autonomy, less common adverse effects during hemodialysis (HD) and decrease costs. However, this therapy isn't often used, while more than 90% of people with Chronic Kidney Disease (CKD) are using HD. Few studies have been conducted to view the situation of PD population and the reasons for its low use. Thus, this study aims to characterize the customers submitted to DP in Mato Grosso do Sul; list the factors that influence the choice of this renal replacement therapy (RRT) and propose a model of orientation program for people with a diagnosis of ESRD. **Material and Method:** The survey was conducted in five institutions that offer PD, and participants responded to questionnaires through interviews personally and exclusively, where they were approached about sociodemographic, clinical, treatment details and their perceptions of therapy. Data were analyzed with descriptive statistics and presented in figures and tables. The evaluation of the association: a) between the level of education and the onset of complications; b) between conservative treatment and the first therapy used; c) between it received information about DP before the treatment and the first therapy used; and d) between the type of treatment used and the level of satisfaction with the treatment was performed using the chi-square test. **Results:** Seventy people were interviewed - 61.4% belonging to a single institution. The sociodemographic characteristics show that 51.4% were males and 48.6% for females; the age range corresponds to 30-59 years and mean age of 55.17 years; predominately white (53.9%); married (54.3%); unemployed (87.1%); retired (57.1%); low educational level (42.9%); with monthly income between 1 and 4 minimum wages (82.9%); resident in the same county nephrology service (54.3%). The most common etiology (55.7%) among participants was systemic arterial hypertension (SAH), followed by diabetes mellitus (DM) with 42.9%. Heart disease was the most mentioned comorbidity (21.4%); and symptoms at the start of treatment were edema (64.3%), weakness (44.3%) and nausea and vomiting (37.1%). Regarding dialysis characteristics, only 25.7% of ESRD diagnoses were made by physicians of primary care. About 62.9% haven't have conservative treatment (CT). There was no association between the first therapy used and the performance or nonperformance of the TTC ($p = 0.087$). Regarding the characteristics of the therapy, 80% of the sample lies in automated peritoneal dialysis (APD), and 68.6% deny complications from therapy. There was no association between education and the onset of complications. Participants in PD reported no difficulty (37.1%) and initial insecurity (14.3%). There was a significant association between satisfaction and the therapy used, and the percentage of patients who reported being very satisfied with peritoneal dialysis was significantly higher than those on hemodialysis (57.1% versus 4.3%). **Conclusions:** The knowledge of the characteristics of this specific population can be useful for optimal utilization of PD therapy. The data suggests the need to improve the quality of care even of primary service and also rigorous interventions in the pre dialysis education, like proposing the

building of models to guide patients to strengthen for their autonomy, and consequently satisfaction and quality of life. In addition, the strengthening of PD therapy would be contributing to the reduction of costs and bringing clinical and personal benefits and strengthening the role of the nurse nephrologist in its health educator role.

Keywords: End-Stage Renal Disease; Peritoneal Dialysis; Health Education

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios para DRC	19
Quadro 2	Categoriais da TFG na DRC	20
Quadro 3	Características das instituições que participaram do estudo em Mato Grosso do Sul - 2016	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Sequência de eventos que levam à exaustão de acesso vascular para a HD e ao uso da DP como única alternativa de TRS – 2016	26
Figura 2	Etiologia da DRCT de pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016	40
Figura 3	Causas de DRCT no Brasil entre 1987 e 2013	41
Figura 4	Comorbidades em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016	42
Figura 5	Proposta de abordagem passo a passo no preparo de pacientes para diálise - 2016	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quantidade de pacientes em DP segundo os serviços de nefrologia aos quais pertencem e a quantidade de participantes no estudo realizado em Mato Grosso do Sul - 2016	36
Tabela 2	Características sociodemográficas dos pacientes em DP em Mato Grosso do Sul - 2016	37
Tabela 3	Sinais e sintomas apresentados no diagnóstico da DRCT em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016	43
Tabela 4	Características do início do tratamento dialítico em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016	44
Tabela 5	Comparação entre tratamento conservador e a influência sobre a primeira terapia de escolha de pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016	46
Tabela 6	Motivos pela escolha da terapia e orientações recebidas sobre a modalidade entre pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016	47
Tabela 7	Relação entre ter recebido informações sobre DP antes do início da TRS e a primeira terapia – 2016	49
Tabela 8	Características da terapia DP vivenciada por pacientes em Mato Grosso do Sul – 2016	51
Tabela 9	Associação entre a escolaridade e o aparecimento de complicações com a DP – 2016	52
Tabela 10	Satisfação com a HD e DP e modalidade de preferência entre pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016	54
Tabela 11	Associação entre o tratamento utilizado e o nível de satisfação com a terapia entre pacientes em DP em Mato Grosso do Sul – 2016	55
Tabela 12	Sugestões para um programa de educação pré dialítica bem sucedido – 2016	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDT	Associação Brasileira de Centros de Diálise e Transplante
CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
CDL	Cateter Duplo Lúmen
DP	Diálise Peritoneal
DPA	Diálise Peritoneal Automatizada
DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
DRC	Doença Renal Crônica
DRCT	Doença Renal Crônica Terminal
FAV	Fístula Artério Venosa
HD	Hemodiálise
KDIGO	<i>Kidney Disease Improving Global Outcomes</i>
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>
NKF	<i>National Kidney Foundation</i>
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
TTC	Tratamento Conservador
TFG	Taxa de filtração glomerular
TRS	Terapia de Substituição Renal
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
USRDS	<i>United States Renal Data System</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. JUSTIFICATIVA	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Definição e causas de DRC	19
3.2 Epidemiologia da DRC	21
3.3 Terapias de substituição renal	22
3.4 Escolha entre HD e DP	24
3.4 Educação pré diálise	27
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo geral	28
4.2 Objetivos específicos	28
5. MATERIAIS E MÉTODOS	28
5.1 Tipo de estudo	29
5.2 Local do estudo	29
5.3 Participantes da pesquisa	29
5.4 População e amostra	29
5.5 Critérios de inclusão	30
5.6 Critérios de não inclusão	30
5.7 Critérios de exclusão	30
5.8 Técnicas para coleta de dados	31
5.8.1 Instrumento para coleta de dados	31
5.8.2 Descrição sobre a coleta de dados	32
5.9 Descrição sobre os serviços de nefrologia	33
5.10 Análise dos dados	35
5.11 Considerações éticas.....	35
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
7. CONCLUSÕES	56
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58

REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	70
APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	70
APÊNDICE B - Instrumento para coleta de dados	72
APÊNDICE C - Autorização para realização da pesquisa – Instituição B	78
APÊNDICE D - Autorização para realização da pesquisa –Instituição C	79
APÊNDICE E - Autorização para realização da pesquisa – Instituição D	80
APÊNDICE F - Autorização para realização da pesquisa – Instituição E	81
ANEXOS	82
ANEXO A - Autorização para realização da pesquisa – Instituição A.....	82
ANEXO B – Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários	83
ANEXO C - Parecer de aprovação do Comitê de Ética da UFMS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é um problema de saúde pública em todo o mundo, com taxas de incidência e prevalência cada vez mais elevadas, principalmente se consideradas as doenças crônicas predominantes que acompanham o processo de envelhecimento. A transição demográfica agrava esta situação pois existe a possibilidade de perdas progressivas da função renal a partir dos quarenta anos de idade (WERNECK DE CARVALHO, 2008).

A DRC é acompanhada de diversas complicações, desde anemia, uso de medicamentos de alto custo, a inevitável diminuição da qualidade de vida e um fator evidente de menor sobrevida e maior morbimortalidade. Por isso, a literatura destaca a importância da detecção e encaminhamento precoce ao nefrologista, visando prevenção e também o retardamento da necessidade dialítica e redução da mortalidade. Estima-se que a quantidade de pessoas portadoras de DRC com taxas de filtração glomerular dentro dos primeiros estágios seja ainda mais alarmante, por volta de 2,9 milhões de brasileiros (FERNANDES; BASTOS, 2010).

Atualmente, e considerando a grande massa de indivíduos nos estágios iniciais de DRC, torna-se essencial a introdução do tratamento conservador (TTC) na prática clínica. Tal terapêutica consiste em acompanhamento nefrológico de pacientes com algum grau de disfunção renal, ou seja, daqueles que ainda não se encontram no estágio terminal da doença renal. O TTC permite que a função residual seja mantida o maior tempo possível, enquanto o paciente é orientado em relação às modalidades de terapia disponíveis e cuidados com alimentação, medicações e controle da uremia (NERBASS; FEITEN; CUPPARI, 2007).

No entanto, por motivos que ainda devem ser melhor esclarecidos, segundo Godinho *et. al.* (2006), a precariedade da assistência primária em saúde e a referência tardia ao nefrologista, faz com que a admissão de pacientes renais crônicos seja em caráter emergencial, ou seja, grande parte descobre que é portador de Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) com necessidade de diálise, repentinamente. Com isso, não existe tempo para confecção e maturação de acessos venosos definitivos, sendo inevitável o implante de cateteres duplo lúmen (CDL). Isso ocorre mesmo com as

recomendações de organizações competentes da área da nefrologia sobre a necessidade de melhor acompanhamento dos grupos de risco (hipertensos, diabéticos, familiares de pacientes renais crônicos, etc.) desde a atenção primária.

Com isso, pode-se inquirir que, devido à situação em que os doentes renais estão sendo encaminhados, o acolhimento não tem sido adequado. A abordagem dos pacientes, dando a estes o conhecimento mínimo da existência de outros tipos de terapias (além da hemodiálise), e também a autonomia de escolha, influenciaria numa melhor expectativa e qualidade de vida.

Diversos estudos (CHANOUZAS *et al.*, 2012; RIBITSCH *et al.*, 2013; FADEM *et al.*, 2011; LIEBMAN *et al.*, 2011) ressaltam a importância de um programa de orientações pré diálise a fim de tornar o paciente participativo, estimulando a independência, e garantindo desta maneira sua satisfação. Para contribuir com o sucesso de um programa assim, o enfermeiro deve conhecer a realidade de seus assistidos, suas percepções e as condições gerais que influenciam suas diferentes escolhas.

Portanto, o objetivo deste trabalho é caracterizar a clientela submetida a DP no estado de Mato Grosso do Sul (MS), elencando os fatores e as motivações que influenciaram a escolha desta terapia, estimulando a criação de um programa de educação pré diálise nesta região.

2 JUSTIFICATIVA

A falência renal impõe a necessidade de mudanças radicais na vida dos indivíduos renais crônicos. Muitos passam por processos dolorosos que sentem no corpo físico, nas inúmeras punções que sofrerão, intercorrências interdialíticas, fraqueza, anemia, etc., mas também sentem como um ser social e afetivo, a impossibilidade de trabalhar em muitos casos e a dependência de outras pessoas. O modelo de atenção primária possibilita cuidados de saúde de longo alcance que poderiam culminar em menor risco de DRCT, mas ainda nos deparamos com uma assistência básica desprovida de recursos suficientes para atingir tais metas.

Enquanto uma epidemia de DRCT está prestes a ocorrer, a DP é uma alternativa para diminuir os elevados custos dos serviços de hemodiálise, reduzindo a necessidade de mais máquinas e clínicas. Para o indivíduo renal crônico, a possibilidade de manter um estilo de vida próximo ao anterior a DRCT é passível de considerações mais respeitadas.

O enfermeiro nefrologista estabelece vínculo duradouro com este paciente, até mesmo pela característica da doença, que o faz dependente dos serviços de saúde e frequentador assíduo do ambiente hospitalar. Com isso, verifica-se a excelente oportunidade que o profissional tem em realizar programas bem sucedidos de orientação e estimular a adesão a DP, e principalmente quanto ao autocuidado, que tanto reflete o que mais se pretende alcançar como saúde: um bem estar não puramente físico, mas em todos os aspectos da vida das pessoas.

Estima-se que a prevalência de pacientes em DP no estado de Mato Grosso do Sul esteja entre um dos índices mais baixos do Brasil, visto que apenas seis serviços em todo o estado oferecem a terapia. Sendo assim, é necessário que os profissionais da área façam levantamentos sobre a real situação das pessoas em tratamento dialítico, estabelecendo metas que melhorem a oferta das TRS quando feito o diagnóstico, de forma precoce e adequada para o efetivo conhecimento das diferentes terapias, fortalecendo a adesão de mais pacientes a DP que se mostra mais apropriada às necessidades de vida dos mesmos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Definição e causas de DRC

A classificação da doença mais amplamente utilizada segue as orientações de um grupo patrocinado pela *National Kidney Foundation* (NKF), nos Estados Unidos, que desde 2002 vem publicando diretrizes para a prática clínica no manejo da avaliação e tratamento da DRC. Em 2012, as diretrizes foram atualizadas e definem a DRC como “*anormalidades na estrutura ou funções dos rins, presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde*” (KDIGO, 2012).

Quadro 1 – Critérios para DRC (qualquer um dos seguintes presentes por mais de três meses)

Marcadores de lesão renal (um ou mais)
Albuminúria (> 30 mg/24h; relação albumina/creatinina 30 mg/g)
Anormalidades no sedimento urinário
Distúrbios eletrolíticos e outros devido a lesões tubulares
Anormalidades detectadas por exame histológico
Anormalidades estruturais detectadas por exame de imagem
História de transplante renal
TFG diminuída: <60 mL/min/1,73m ² (categorias de TFG de 3a a 5)

Fonte: KDIGO, 2012

TFG: taxa de filtração glomerular

As diretrizes do KDIGO (2012) trazem nesta atualização um destaque quanto ao risco de desfechos adversos com base na causa da DRC, na taxa de filtração glomerular (TFG), na quantidade de albuminúria e na presença de outras condições clínicas. A doença glomerular está associada a uma TFG mais adequada enquanto a doença cística aparece associada a falência renal.

Por meio dos critérios estabelecidos para a definição da DRC é possível verificar no Quadro 2 que a lesão renal ocorre de forma progressiva e com perda irreversível das funções renais, ou seja, quando as anormalidades estruturais e funcionais dos rins levam a TFG <60mL/min/1,73m² (KDIGO, 2012).

Quadro 2 – Categorias da TFG na DRC

Categoria TFG TFG (ml/min/1,73m ²)		Termos
1	≥90	Normal ou alta
2	60-89	Suavemente diminuída*
3a	45-59	Suavemente a moderadamente diminuída
3b	30-44	Moderadamente a severamente diminuída
4	15-29	Severamente diminuída
5	<15	Falência renal

FONTE: KDIGO, 2012

Abreviações: DRC, doença renal crônica; TFG, Taxa de filtração glomerular

*Relativo ao nível de adultos jovens

Na ausência de evidências de lesão renal, nem a categoria 1 e 2 preenchem o critério para DRC

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são definidas como as principais causas de DRC, havendo descrições de estudos de base populacionais que cerca de 40% da população brasileira é hipertensa e existe uma estimativa de que em 2030 haverá 366 milhões de diabéticos no mundo (ROMÃO Jr., 2004; HOSSAIN; KAWAR; NAHAS, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a importância do reconhecimento do caráter pandêmico de doenças crônicas, especialmente DM e HAS, que estão estritamente associadas a complicações cardiovasculares, que por sua vez são importante causa de mortalidade no Brasil e no mundo (FREITAS; GARCIA, 2012).

Segundo o censo de 2013 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), 35% do diagnóstico base de DRC no Brasil é a HAS, 30% é diabetes, 12% são as glomerulonefrites e 20% são definidas como outras causas ou causas desconhecidas.

No Brasil, a HAS segundo inquéritos de base populacionais, tem prevalência superior a 25%, mas considera-se que vários indivíduos não sabem ser hipertensos, e entre aqueles que têm conhecimento da doença, menos de 30% são adequadamente tratados. Dessa forma, há grande potencial para que a HAS continue a ser causa importante de DRCT nos próximos anos (SESSO *et al.*, 2014).

3.2 Epidemiologia da DRC

Os países desenvolvidos apresentam os maiores registros sobre DRCT. Nos Estados Unidos, a taxa de incidência por milhão de população (pmp) foi de 363 pmp em 2013, ou seja, 117.162 novos casos (USRDS, 2015). Na América Latina, em 2005 foram 167,8 pmp segundo Cusumano e Gonzalez Bedat (2008). Para Salgado Filho e Brito (2006), no entanto, a subnotificação e a falta de sistemas de informação adequados nos países em desenvolvimento pode omitir a verdadeira prevalência de DRCT nessas nações. Isso é facilmente esperado uma vez que a alocação inadequada de recursos para a saúde e a falha da atenção básica permitem o avanço de doenças de base, principalmente HAS e DM que são os fatores que mais contribuem para a lesão renal (EL NAHAS; BELLO, 2005).

Sesso *et al.* (2014) relatam que o número total estimado de pacientes em diálise no Brasil foi de 97.586. As estimativas das taxas de prevalência e incidência de DRCT foram de 503 e 177 pacientes por milhão de população, respectivamente. Mais de 90% encontravam-se em HD e apenas 8,4% dos casos estavam em DP. Segundo esses autores, as taxas de incidência e prevalência aumentaram, mas a taxa de mortalidade diminuiu em relação a 2011, ficando em 18,8%.

Apesar da precisão dos números apresentados neste relatório, ressalta-se que tais registros dependem que as unidades de nefrologia de todo o Brasil respondam ao censo da SBN, porém no documento em questão, apenas 39,1% das instituições responderam e em 2013, pouco mais de 50% atenderam as solicitações.

Os custos com DRCT chegam a 1,4 bilhões de reais no Brasil (MOURA *et al.*, 2009). A incidência de novos pacientes em diálise cresce cerca de 8% anualmente (ROMÃO JÚNIOR, 2004). Segundo a SBN (2013), estima-se que o número de pacientes em diálise seja superior a 100 mil, destacando-se que a maior taxa de incidência estimada em 2015 foi encontrada na região centro oeste (224 pmp).

3.3 Terapias de substituição renal

Na detecção de perda total da função renal, ou quando a taxa de filtração glomerular está $\leq 15\text{mL}/\text{min}/24\text{h}$, surge a necessidade de terapia renal substitutiva (TRS), pois esta taxa de filtração é insuficiente para a retirada de todas as escórias e volume hídrico do organismo. Este quadro clínico se denomina Doença Renal Crônica Terminal (DRCT). Na eminência deste estágio, o cliente deve ser instruído sobre a existência das opções de terapia de substituição renal, que são a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (KDOQI, 2002).

A hemodiálise é o tratamento em que aproximadamente 90% das pessoas com DRC mantêm-se no Brasil (SESSO *et al.*, 2014). O tratamento é realizado três vezes por semana, sendo em média, quatro horas cada sessão, ou seja, o doente passa cerca de quarenta horas mensais conectado à máquina de hemodiálise, manuseada somente por profissionais capacitados e sendo monitorados por estes durante anos (TRENTINI *et al.*, 2004). Durante a sessão de HD são comuns as intercorrências, apesar de todo aparato moderno que visa segurança, sendo frequente a apresentação de, principalmente, hipotensão arterial, náuseas, vômitos, dor, caibras, febre, hipoglicemia, reação pirogênica, entre outros, que podem ocorrer em até 30% das sessões (CASTRO, 2001).

Além disso, várias complicações decorrem do implante de cateteres vasculares, desde as complicações agudas como pneumotórax, hemotórax, punção arterial e hematomas e as complicações tardias como bacteremias, trombozes venosas e funcionamento inadequado que em muitos casos, impossibilitam hemodiálise satisfatória. O uso indiscriminado de cateteres nas veias jugulares e subclávias pode causar estenoses e oclusões que dificultam a confecção da fístula artério venosa (FAV) e levam ao implante de CDL nas veias femorais, onde há maior probabilidade de complicações (OLIVER *et al.*, 2000). Com a falência de acessos venosos, a transferência do paciente para a DP torna-se inevitável.

A diálise peritoneal destaca-se como terapia capaz de oferecer autonomia ao paciente e a seus familiares, além de diminuir a ocorrência de efeitos adversos durante a HD. O tratamento pode ser realizado em casa e o enfermeiro nefrologista é o responsável pelo treinamento para a manipulação da máquina, soluções e cateter. A

escolha por DP geralmente é influenciada pela possibilidade da manutenção do estilo de vida, garantindo a preservação de seu papel social, suas atividades laborais, e pela perspectiva de comparecer ao centro de diálise com menor frequência (CHANOUZAS *et al.*, 2012).

A DP é uma terapia onde ocorre a depuração do sangue através do peritônio que funciona como membrana semipermeável no transporte de solutos e líquidos. A filtração do sangue ocorre através da difusão, ultrafiltração e absorção. As escórias e o líquido passam do sangue para a solução de diálise através de um cateter. Para que esse resultado ocorra, faz-se necessário um ciclo que compreende a infusão, permanência e a drenagem da solução da cavidade abdominal (RIELLA, 2004).

Existem diferentes modalidades de DP, sendo estas: diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), diálise peritoneal intermitente (DPI), diálise peritoneal automatizada (DPA) (FERMI, 2010).

A DPI é um tratamento que ocorre por 24 ou 48 horas, com trocas a cada 1 ou 2 horas e com frequência de 2 vezes por semana. Geralmente, ocorre em ambiente hospitalar e manualmente. (FERMI, 2010)

A CAPD é uma modalidade realizada no domicílio, em que o abdome fica preenchido com a solução de diálise durante 24 horas por dia, e são feitas quatro trocas diárias com permanências maiores. (FERMI, 2010)

A DPA é o método que utiliza a cicladora, diariamente e previamente programada pelo enfermeiro nefrologista. O uso da cicladora permite menor manipulação do cateter e por isso é mais amplamente aceita para o cuidado domiciliar. (FERMI, 2010)

Inquéritos comparativos demonstram que pacientes em DP estão 1,5 vezes mais propensos a classificar o cuidado como excelente do que aqueles em HD (RUBIN *et al.*, 2004). Alguns autores recomendam que a DP seja a primeira terapia a ser instaurada no advento da DRCT, visto que preserva a função renal residual, evita o uso de vasos sanguíneos para a hemodiálise, garantindo a alternativa de transferência para a hemodiálise quando houver falha do peritônio (DAUGIRDAS; BLAKE, 2013).

A DP está mais propensa a produzir efeitos de realização pessoal para o cliente, apesar de todas as controvérsias e indefinições sobre esta modalidade. Neste contexto, é importante ressaltar as causas de abandono desta terapia, analisando os fatores que possam influenciar a não adesão a DP no Brasil e em todo mundo. A causa mais frequente de abandono da DP é a peritonite, que ultrapassa 50% no primeiro ano de tratamento. A peritonite ocorre quando microrganismos penetram na cavidade abdominal e o sistema imunológico é incapaz de impedir sua proliferação (SHETTY, 2014). Outras causas de abandono da terapia são óbito (66, 7%), complicações cirúrgicas (8,3%) e recuperação da função renal (8,3%) (JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

Tanto a HD como as diferentes modalidades de diálise peritoneal têm igual grau de resolutividade da hipervolemia e uremia e na manutenção da sobrevivência. A DP inclui vários benefícios ao paciente que vão desde a possibilidade de independência deste indivíduo até a menores transtornos financeiros aos envolvidos, menor sintomatologia em relação à HD, e principalmente por haver a possibilidade de ser desenvolvida em um ambiente domiciliar. Aliados aos cuidados médicos e de enfermagem, o paciente pode ter benefícios únicos se for um candidato adequado ao programa (BARE, SMELTZER, 2006).

No âmbito da DP, o enfermeiro tem um papel de indiscutível responsabilidade, visto que o enfermeiro nefrologista é o encarregado do treinamento do paciente e seus familiares. Também incumbido de verificar a possibilidade de inserção do cliente nesta modalidade de terapia e na avaliação da adequação dos envolvidos.

3.4 Escolha entre HD e DP

A escolha entre a HD e a DP depende da disponibilidade de acesso vascular e peritoneal, das condições sócio-econômicas-culturais, da existência de comorbidades e entre outras situações que levam a decisões a serem tomadas conjuntamente com a equipe de saúde, o paciente e a família. Nos últimos anos, a DP tem sido mais utilizada em países em desenvolvimento: 59% dos pacientes em DP são de países como Brasil e Índia, enquanto apenas 41% estão em países desenvolvidos (JAIN, BLAKE, GARG, 2012).

Isso não significa, entretanto, que a DP seja a modalidade de primeira escolha no Brasil. O que mais comumente se tem observado é que os pacientes em DP estão na terapia por exaustão de acesso vascular para HD (ROCHA *et al.*, 2010). Isso demonstra como a terapia está sendo subutilizada no país, deixando de evitar ônus e de proporcionar melhor qualidade de vida ao renal crônico.

Ainda segundo os mesmos autores, em apenas 39% dos casos, a conversão de HD para DP foi feita por escolha do paciente; em 61% dos casos, o motivo da conversão foi a exaustão de acesso vascular para HD. A Figura 1 mostra a sequência de eventos que levam à exaustão de acesso vascular para HD e ao uso de DP como única alternativa de TRS.

A DP é uma modalidade que traz benefícios tais como maior liberdade ao doente e familiares, apesar de ser uma prática subutilizada no Brasil, talvez por um pré conceito dos pacientes quanto aos riscos e maior responsabilidade. Além disso, na prática hospitalar, observa-se, com frequência, o direcionamento para a DP quando não há possibilidade de acesso vascular adequado para HD. (ROCHA *et al.*, 2010; JACOBOWSKI; BORELLA; LAUTERT, 2005).

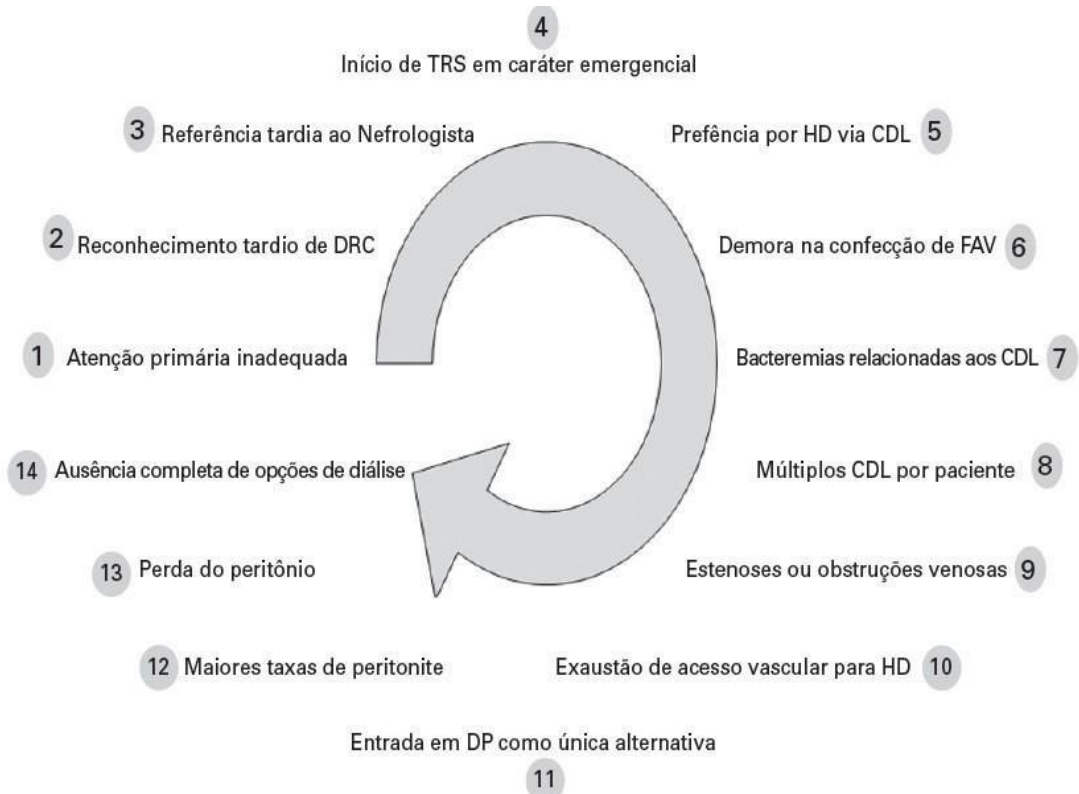


Figura 1 – Sequência de eventos que levam à exaustão de acesso vascular para a HD e ao uso da DP como única alternativa de TRS

FONTE: ROCHA *et al.* (2010)

Verifica-se que quando existe a possibilidade de orientações em uma fase inicial, grande parte dos pacientes dão preferência à DP e mesmo aqueles que são transferidos da HD para a DP, após estabilização do quadro, referem o quanto gostariam de estar nesta modalidade há mais tempo, e o quanto não gostariam de retornar para HD (SILVA, H. G.; SILVA, M. J., 2003).

Segundo os autores supracitados, a fonte de informação sobre o método de DP é predominantemente médica (80,9%) e apenas 9,2% dos pacientes recebem a informação por parte do enfermeiro nefrologista. Isso demonstra que apesar da prática de enfermagem estar muito voltada para a educação, pouco ainda é feito ou registrado, tem escassas definições e diretrizes.

3.5 Educação pré-diálise

Segundo estimativas, apenas 7,3% dos indivíduos com DRCT fazem uso de DP nos Estados Unidos (USRDS, 2013). No Brasil, 9% dos pacientes encontram-se nesta modalidade. Mas por que este número ainda é tão pequeno, considerando as implicações da hemodiálise e os benefícios da DP? Exceto por algumas dificuldades de reembolso financeiro, da atitude negativa de alguns nefrologistas e de certas contraindicações para o uso da DP, estudos demonstram que a educação pré diálise influencia significativamente, no aumento da escolha por DP (MEHROTRA *et al.*, 2005; LO *et al.*, 2008; RIBITSCH *et al.*, 2013).

Segundo BERTAGNA (2011), houve aumento de 100% do programa de DP quando as informações acerca de vantagens e desvantagens entre HD e DP foram apresentadas na admissão do cliente.

A valorização da participação do interessado no tratamento e a possibilidade de tomar as decisões acerca de sua própria saúde têm sido tema de muitas discussões na medicina moderna em todo o mundo. Algumas pesquisas sugerem que promover a educação do paciente, dando-lhe as informações com qualidade e quantidade suficiente, no momento adequado, propicia a autonomia e a eficácia duradoura do tratamento (BARNNET; OGDEN; DANIELLS, 2008).

Polaschek (2003) refere que os profissionais de saúde tendem a desconsiderar os sentimentos e opiniões do paciente. Ele propõe um modelo de cuidado que aproxima o tratamento com as peculiaridades do cliente, que vai ao encontro de modelos teóricos do autocuidado e com a teoria de comunicação terapêutica. Os aspectos essenciais dessas teorias apontam para os conteúdos educativos a serem elaborados pelo enfermeiro, que visa estimular a capacidade dos indivíduos a assumirem seu próprio tratamento (FIGUEIREDO; KROTH; LOPES, 2005; BUB; MEDRANO; SILVA, 2006). Considerando as alterações que ocorrem na vida das pessoas afetadas pela DRC, das limitações impostas pela doença e a consequente necessidade de adaptação, faz-se necessário um discurso coerente entre o profissional da saúde e o paciente.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

□ Caracterizar a clientela atendida nos programas de diálise peritoneal em Mato Grosso do Sul quanto aos aspectos clínicos (etiologia da DRC, comorbidades, sinais e sintomas) e epidemiológicos (demográficos e sociais): idade, sexo, raça, estado civil, local de residência, escolaridade, renda mensal e situação trabalhista.

4.2 Objetivos específicos

- Elencar os fatores que influenciam na escolha desta modalidade de TRS;
- Avaliar a existência ou ausência de associação entre: a) o grau de escolaridade e o aparecimento de complicações; b) o tratamento conservador e a primeira terapia utilizada; c) se recebeu informações sobre DP antes do início do tratamento e a primeira terapia utilizada; e d) o tipo de tratamento utilizado e o nível de satisfação em relação ao tratamento;
- Propor um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRCT.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo/analítico, de abordagem quantitativa, no qual foram coletados dados de pacientes em programa de diálise peritoneal (todas as modalidades) através de entrevistas, com questionários estruturados e dados de prontuários pertencentes a cinco centros de nefrologia no estado de Mato Grosso do Sul.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nos municípios que dispõem de diálise peritoneal, sendo eles Campo Grande, Dourados e Ponta Porã. No estado de Mato Grosso do Sul, existem outros municípios (Corumbá, Paranaíba, Três Lagoas) que dispõem de serviços de nefrologia, porém, somam-se somente seis instituições que ofertam a DP. Apenas uma instituição não autorizou a realização da pesquisa. Todos os demais serviços aceitaram e autorizaram, sendo em Campo Grande, três instituições (A, B, C); em Dourados, a clínica "D"; e em Ponta Porã, clínica "E".

5.3 Participantes da pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por trabalhar com as pessoas que se encontram atualmente realizando a terapia de DP (todas as modalidades) ou com seus responsáveis diretos que podiam responder aos questionários. Além disso, foi realizada a coleta de informações disponíveis em prontuários ou outros registros das instituições participantes do estudo.

5.4 População e amostra

A população encontrada de pessoas submetidas à DP no estado de Mato Grosso do Sul foi de 99 pacientes, somando-se todas as instituições que dispõem do serviço, inclusive a instituição que não autorizou a realização da pesquisa.

Para amostra foram selecionadas 82 pessoas, não sendo incluídos 12 pacientes, totalizando 70 participantes neste estudo.

5.5 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os pacientes que se encontravam em DP durante o período de coleta de dados das instituições participantes; maiores de 18 anos; de ambos os sexos; familiares e/ou cuidadores capazes de responder ao questionário, e que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os voluntários puderam optar ou não pela gravação em áudio da entrevista, e tal opção foi registrada no TCLE.

5.6 Critérios de não inclusão

Prontuários indisponíveis e pacientes cadastrados após o período de coleta de dados ou suspensos da terapia no período da coleta por problemas clínicos; menores de 18 anos ou com déficit cognitivo no momento da coleta de dados que impossibilitava as respostas; aqueles que não aceitaram participar do estudo e não assinaram o TCLE.

Não foram incluídos clientes em hemodiálise, que já fizeram uso da DP em algum momento por período maior que seis meses, ao contrário do que previa este estudo antes da coleta de dados, pois foi identificada muita dificuldade para encontrar estes sujeitos, e aqueles em DP há menos de um mês ou em período de treinamento, pois não haveria a possibilidade de responder ao questionário com fidelidade.

5.7 Critérios de exclusão

Clientes que saíram do programa de DP durante a coleta de dados, óbito ou solicitação para se retirar da pesquisa.

5.8 Técnicas para coleta de dados

5.8.1 Instrumento para coleta de dados

O formulário (APÊNDICE B) foi elaborado pela pesquisadora com base em instrumentos utilizados em estudos semelhantes e também adaptado de registros utilizados na prática profissional do enfermeiro nefrologista.

As variáveis analisadas são:

- Características sócio demográficas: sexo, idade, raça, profissão, escolaridade, situação conjugal, renda familiar mensal e condição trabalhista;
- Características clínicas: etiologia da DRC, comorbidades e sinais e sintomas ao diagnóstico da DRCT;
- Eventos relacionados ao diagnóstico e tratamento: tempo do diagnóstico, tipo de acesso, uso de acesso temporário e período de utilização, forma de encaminhamento ao serviço especializado; tempo em tratamento conservador, modalidade da DP, motivações para escolha da DP, aspectos referentes às orientações recebidas sobre a modalidade, aspectos do tratamento de DP (modalidade, existência de complicações, dificuldades e facilidades da terapia);
- Aspectos individuais: motivações para escolha da diálise peritoneal; presença ou ausência de informações recebidas no período pré diálise, satisfação do cliente com as diferentes modalidades, e indícios de melhores resultados clínicos com as diversas modalidades.

Foram também elencadas as variáveis referentes aos serviços que dispõem do tratamento de diálise peritoneal, sendo estas:

- Características do serviço de diálise peritoneal: número de pacientes em HD e DP, número de profissionais, tempo que oferece o serviço de DP, existência ou não de programas de orientação pré dialítica, existência ou não de retreinamento do paciente, modalidades de DP que oferece,

empresas que fornecem os produtos de DP, existência ou não de educação continuada para profissionais.

As alternativas quanto às dificuldades e facilidades com o manuseio da DP foram colocadas devido ao número de respostas semelhantes, deixando o paciente livre a responder novas dificuldades e/ou facilidades. Informações não disponíveis em prontuários individuais foram coletadas de outros registros feitos pelos serviços de nefrologia, como registros de admissão, saída das terapias, mortalidade, implantes de cateteres provisórios e definitivos, mudança de terapia, hospitalizações, infecções, entre outros.

Os dados coletados foram agrupados em planilha do Excel e posteriormente inseridos no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, 2011*), para as análises estatísticas.

5.8.2 Descrição sobre a coleta de dados

Os responsáveis pelas clínicas foram informados sobre a entrevista e foram efetuadas em data e local de maior comodidade para o paciente. No caso dos pacientes de Dourados, Ponta Porã e da “C”, as entrevistas ocorreram em data específica em que os pacientes se encontravam nas instituições de tratamento para a consulta ou a coleta mensal de exames. Os pacientes das outras instituições de Campo Grande foram entrevistados em suas residências durante o período de visita domiciliar realizados pelos enfermeiros responsáveis pela terapia. Os clientes e responsáveis foram informados sobre a pesquisa, sobre o TCLE e a autorização ou não para gravação em áudio.

Os participantes foram abordados pela pesquisadora, sendo o requisito inicial para participar da pesquisa, o consentimento e a assinatura do TCLE com a aceitação ou não da gravação em áudio, e também a compreensão sobre os objetivos da pesquisa.

Apenas dois pacientes não consentiram formalmente com a gravação de áudio, porém as informações recolhidas foram registradas manualmente. Os dados em áudio foram armazenados em computador particular da pesquisadora, com senhas

de segurança para evitar quaisquer usos inapropriados, e serão descartados no prazo de cinco anos, sendo utilizados somente para fins deste projeto.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e duas colaboradores em Dourados e Ponta Porã e as respostas foram escritas no formulário individual, bem como gravadas em equipamento profissional.

O grau de satisfação dos pacientes em relação a HD foi avaliado por meio da escala onde: insatisfeito=1; neutro=2; satisfeito=3; muito satisfeito=4.

5.9 Descrição sobre os serviços de nefrologia

Foram coletados dados de pacientes que realizam seus tratamentos dialíticos em cinco instituições do estado de Mato Grosso do Sul. O Quadro 3 demonstra as características das instituições participantes desta pesquisa.

O primeiro local de coleta foi o hospital “A” que trata seis pacientes com a DP e realiza visitas domiciliárias, apesar de não possuir equipe exclusiva. Esta instituição tem o menor número de pacientes em hemodiálise, pois se considera somente o número de pacientes crônicos em terapias de substituição renal. A instituição, no entanto, realiza mensalmente mais de 700 atendimentos de diálise quando são incluídos os pacientes em insuficiência renal aguda ou doença renal crônica agudizada. Dessa forma, o serviço dispõe de grande número de máquinas para hemodiálise, porém em comparação com os demais serviços, a instituição aparenta representar menor parcela de contribuição no atendimento de pacientes, mas vale lembrar que se trata de um hospital geral e estadual.

As demais clínicas possuem número elevado de pacientes, e são todas instituições privadas que prestam serviço ao SUS, atendendo somente pacientes crônicos, pois não estão vinculadas aos hospitais como é o caso do hospital “A”, instituição filantrópica de Campo Grande e hospital universitário.

Em Campo Grande, a Clínica “B”, é atualmente o serviço com o maior número de pacientes crônicos, ou seja, 304 pacientes em hemodiálise e oito em diálise peritoneal. Dos pacientes em DP, dois não foram inclusos na pesquisa pois estavam

fora da terapia no momento devido problemas com cateter e faziam hemodiálise. A clínica também não possui equipe exclusiva, mas as visitas são realizadas.

A Clínica “C” também localizada em Campo Grande até pouco tempo, era a empresa com maior número de pacientes crônicos em hemodiálise. Com o advento de novos serviços de hemodiálise no interior do estado de Mato Grosso do Sul e do investimento em ampliações realizadas em outros serviços privados de hemodiálise, a clínica atende hoje 291 pacientes em HD e apenas quatro pacientes estão em DP, que não possuem equipe exclusiva ou visita domiciliar.

O serviço de nefrologia de Dourados, Clínica “D” destaca-se pelo elevado número de pacientes em diálise peritoneal, sendo no período da coleta de 53 pacientes. Destes, dez foram excluídos da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão ou não consentiram com a participação no estudo. Os dados desta instituição foram coletados também através do programa *Dialsist* (Sistema de Gerenciamento para Centros de Nefrologia). Ressalta-se que este é o único centro de diálise que dispõe de equipe exclusiva para a terapia, ou seja, os profissionais não trabalham com a HD (que somam 225 pacientes), voltando total atenção aos pacientes em DP. Apesar disso, não existe visita domiciliar, até porque haveria a necessidade de mais profissionais.

Quadro 3 - Características das instituições que participaram do estudo em Mato Grosso do Sul - 2016

Instituição	DP	HD	Equipe exclusiva	Médico	Enfermeiro	Visita
A	6	38	Não	1	1	Sim
B	8	308	Não	1	1	Sim
C	4	298	Não	1	1	Não
D	53	225	Sim	1	1	Não
E	11	124	Não	1	1	Não

Os demais serviços ofereceram dados através de registros feitos em planilhas de Excel e indicadores mensais.

A Clínica “E” tratava de 11 pacientes em DP durante o período de coleta de dados desta pesquisa, todos aceitaram participar do estudo e foram entrevistados. Esta instituição também oferece o tratamento de HD que soma 124 pacientes no mês da coleta dos dados.

5.10 Análise dos dados

A avaliação da associação: a) entre o grau de escolaridade e o aparecimento de complicações; b) entre o tratamento conservador e a primeira terapia utilizada; c) entre se recebeu informações sobre DP antes do início do tratamento e a primeira terapia utilizada; e d) entre o tipo de tratamento utilizado e o nível de satisfação em relação ao tratamento, foi realizada por meio do teste do quiquadrado. Os demais resultados foram analisados por estatística descritiva apresentados em tabelas e figuras. A análise estatística foi realizada por meio do programa SPSS, versão 22.0, considerando um nível de significância de 5%.

5.11 Considerações éticas

Asseguram-se os princípios éticos e legais postulados na Resolução nº 466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, pois a pesquisa envolve seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo ao Comitê de Ética e Pesquisa vinculado a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob parecer 1.085.820, em 28 de maio de 2015 (ANEXO C).

Os resultados desta investigação poderão ser utilizados em projeto futuro que possa contribuir na implementação de programas de educação pré diálise nos diversos serviços de nefrologia do estado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 mostra a quantidade de pacientes em DP segundo os serviços de nefrologia aos quais pertencem e a quantidade de participantes no estudo. A discrepância na quantidade de pessoas em DP entre a Clínica de “D” e as demais instituições pode ser esclarecida pelo fato de que é a única instituição que tem equipe exclusiva para DP. Também pode ter influência o fato de que o médico nefrologista responsável pela DP incentiva o uso da terapia captando possíveis pacientes desde as internações e/ou tratamento conservador (isso foi observado também nos demais membros da equipe, principalmente a técnica de enfermagem). Este médico também possui longa experiência com a terapia e participa de cursos e eventos sobre a modalidade frequentemente, como técnica para implante de cateter peritoneal e congressos nacionais.

Tabela 1 - Pacientes em DP segundo os serviços de nefrologia aos quais pertencem e a quantidade de participantes no estudo. Mato Grosso do Sul – 2016.

Instituição	População	Participantes % (n)
A	6	8,6 (6)
B	8	8,6 (6)
C	4	5,7 (4)
D	53	61,4 (43)
E	11	15,7 (11)
Total	82	100 (70)

Características sociodemográficas

As características sociodemográficas dos entrevistados estão descritas na Tabela 2.

Observa-se que quanto ao sexo há equilíbrio entre homens e mulheres. Um estudo realizado na China que faz comparações da sobrevivência entre pacientes em HD e DP, traz em sua amostra de 230 pacientes em DP, 57,4% dos participantes do sexo feminino, enquanto na HD são 55,8% do sexo masculino (YANG *et al.*, 2015). Araújo *et al.* (2011) também descreve em sua amostra de 35 pacientes uma maior parcela de pacientes do sexo feminino (60%). Biesen *et al.* (2014), Varela, Vidal e Pedrela (2014) e Algarra, Dias e Janeth (2013), no entanto, demonstram resultados

mais próximos ao encontrado nesta pesquisa, com 53,9%, 50,1% e 51,7% de suas amostras pertencendo ao sexo masculino, respectivamente.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos pacientes em DP em Mato Grosso do Sul – 2016.

Variável	Média±DPM ou % (n)
Idade	55,17±16,36
Faixa etária	
Entre 30 e 59 anos	57,1 (40)
Entre 60 e 79 anos	31,4 (22)
Entre 18 e 29 anos	5,7 (4)
Mais que 80 anos	5,7 (4)
Sexo	
Masculino	51,4 (34)
Feminino	48,6 (36)
Raça	
Branca	53,9 (37)
Preta	25,7 (18)
Parda	14,3 (10)
Amarela	5,7 (4)
Indígena	1,4 (1)
Estado civil	
Casado	54,3 (38)
Solteiro	22,9 (16)
Divorciado	14,3 (10)
Viúvo	7,1 (5)
Relacionamento estável	1,4 (1)
Trabalham	
Não	87,1 (61)
Sim	12,9 (9)
Recebem benefício	
Não	70 (49)
Sim	30 (21)
Aposentado	
Sim	57,1 (40)
Não	42,9 (30)
Escolaridade	
Analfabeto	8,6 (6)
De 1 a 3 anos	24,3 (17)
De 4 a 5 anos	22,9 (16)
De 6 a 9 anos	20,0 (14)
Mais que 9 anos	24,3 (17)
Renda mensal	
De 1 a 4 SM	82,9 (58)
De 5 a 10 SM	15,7 (11)
Mais que 10 SM	1,4 (1)
Local de residência	
Mesmo município da instituição de diálise	54,3 (38)
Outros municípios	45,7 (32)

A média de idade foi de 55,17 anos, caracterizando esta amostra como pertencente ao grupo de adultos jovens, em fase produtiva da vida, pertencentes a faixa etária entre 30 e 59 anos (57,1%). Algarra *et al.* (2013) traz uma média de idade próxima a encontrada neste estudo, sendo de 54,7 anos, e em Araújo *et al.* (2011), 31,7% dos participantes pertenciam a faixa etária de 50 a 59 anos. Porém, para YANG *et al.* (2015) a média de idade foi de 64,3 anos, enquanto para Franco *et al.* (2013), em estudo feito em Juiz de Fora, Minas Gerais (MG) a média foi de idade foi 72 anos, em uma amostra de 30 pacientes. Ressalta-se que dados brasileiros da SBN (2014) também revelam um aumento na incidência de pessoas portadoras de DRC a partir dos 30 anos, o que é ainda mais preocupante visto da deterioração progressiva da função renal com o aumento da idade.

Neste estudo, 53,9% dos participantes se auto declaram brancos, apesar de que o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstrar uma queda no número de brancos e aumento do número de pardos e pretos na população em geral. Mesmo sendo um estado que faz fronteiras com outros países e possuir população indígena considerável, apenas 25,7% se auto declaram pardos e 1,4% declarou-se indígena. Porém, esta pesquisa confirma achados de outros estudos da área onde se demonstra predominância da raça branca entre os portadores de DRC em algum tipo de TRS, porém não especificamente a DP (BEDUSCHI *et al.*, 2015; FRANCO *et al.*, 2013; HINGWALA *et al.*, 2013; LIEBMAN *et al.*, 2013; CHANOUZAS *et al.*, 2012; FADEM *et al.*, 2011).

Importa salientar que 54,3% dos entrevistados declararam-se casados, assim como em grande parte dos estudos nacionais e internacionais (ALGARRA, DIAZ e JANETH, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2011; ALGARRA, 2015), exceto para Rocha *et al.* (2010), onde 38,1% de seus entrevistados eram solteiros.

Embora a terapia de diálise peritoneal possibilite e facilite a manutenção de atividade laboral e economicamente ativa, apenas 12,9% disseram atuar profissionalmente com remuneração, contra 57,1% que foram aposentados e 30% recebendo benefícios como auxílio-doença, essas variáveis são também comuns para Biesen *et al.* (2014), Fadem *et al.* (2011) e Oliveira *et al.* (2008), embora as pesquisas tenham sido realizadas em países de variados graus de desenvolvimento. Somente em estudo realizado no Reino Unido (CHANOUZAS, FALLOUH, BAHARANI, 2012),

33,3% dos pacientes em DP exerciam atividade profissional contra somente 11,5% de pessoas em HD.

Em Araújo *et al.* (2011), 71,5% dos pacientes recebiam somente até um salário mínimo e 85,7% não exerciam qualquer atividade remunerada. Em conformidade com esta pesquisa, Rocha *et al.* (2010) também traz mais de 80% de sua amostra recebendo até quatro salários mínimos, demonstrando a realidade da maior parte da população brasileira. Algumas pesquisas (ALGARRA, DIAZ, JANETH, 2013 e PEIXOTO *et al.*, 2013) caracterizaram suas amostras através de faixas sociais, portanto para evitar informações equivocadas evitou-se mais comparações quanto a renda.

Quanto a variável escolaridade, 24,3% afirmaram ter mais de nove anos de estudo, o que corresponde ao ensino fundamental completo e ensino médio completo ou incompleto. Essa variável não corresponde ao estudo chileno de Varela, VIDAL, PEDRERUS (2014), onde a maior parte diz ter concluído o ensino médio. Somando-se as categorias daqueles que possuem entre 1 a 9 anos de estudo, tornam-se a maioria aqueles com baixa escolaridade, como no estudo americano de Fadem *et al.* (2011). Os analfabetos corresponderam a 8,6% dos declarantes, representando um número significativo de pessoas que podem apresentar dificuldades para compreensão de orientações e seguimento de tratamento.

A maioria dos participantes (54,3%) reside no mesmo município onde existe o tratamento de DP. Na amostra de Araújo *et al.* (2011), 74,3% dos pacientes residiam na mesma cidade do tratamento, porém trata-se de um estudo realizado em uma única instituição, ao contrário do que mostra esta pesquisa que englobou quase toda a população em DP no estado de Mato Grosso do Sul. Vale lembrar que estudos internacionais (KEATING *et al.*, 2014; CHO *et al.*, 2012; RUBIN *et al.*, 2004;) costumam quantificar a distância dos centros de diálise ao local de residência dos pacientes através de quilômetros, e poucos estudos nacionais mencionam esta variável. Mas em Rocha *et al.* (2010), 68,2% dos pacientes moravam em locais diferentes ao centro de diálise, o que demonstra a possibilidade de diminuição de custos com transporte que a DP oferece, considerando a diminuição das idas e vindas à clínica.

Características clínicas

Etiologia da DRCT

A Figura 2 mostra as principais causas de DRCT encontradas nos entrevistados, sendo que 55,7% deles sabiam serem portadores de HAS anteriormente ao diagnóstico de DRC. Quando excluídos outros fatores etiológicos e quando a HAS é conhecida pelo voluntário somente após o advento da DRC, considerou-se a HAS como possível etiologia da DRC. Quando a HAS aparece após o diagnóstico de DRCT, considerou-se esta doença como comorbidade.

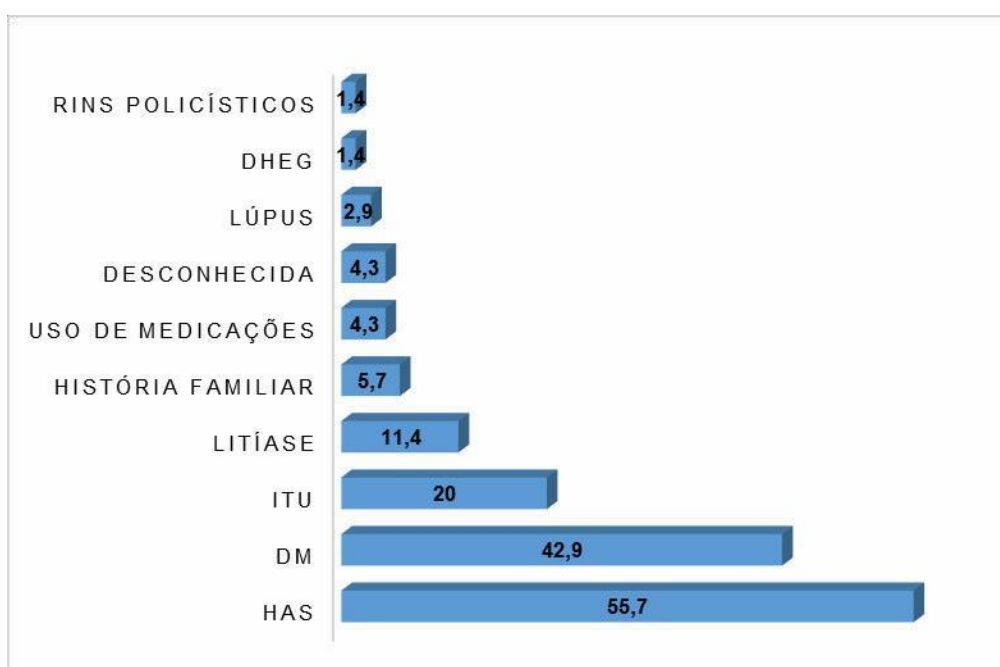


Figura 2 – Etiologia da DRCT de pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016

Abreviaturas: DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; ITU: Infecção do Trato Urinário; DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

Embora anteriormente, no Brasil, a diabetes fosse considerada a causa principal da falência renal, e segundo a USRDS (2015), nos Estados Unidos, a doença seja a primeira causa de DRCT, verifica-se que a HAS se tornou etiologia crescente de DRCT no Brasil nos últimos anos. (Figura 3)

Causas da Doença Renal Crônica Terminal no Brasil

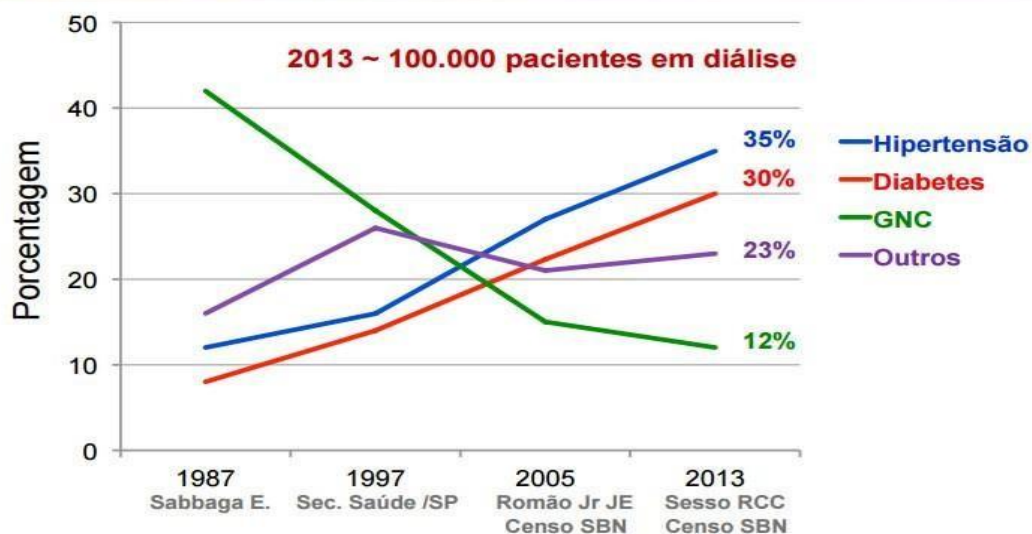


Figura 3 – Causas de DRCT no Brasil entre 1987 e 2013

FONTE: ALMEIDA, 2014

A DM foi a segunda causa de DRCT mais frequente, com 42,9%, entre os participantes. Como demonstrado na Figura 3, o dado está de acordo com outras estatísticas brasileiras, porém há muitas divergências entre os estudos encontrados. Nos EUA, AUSRDS (2015) demonstra que HAS e DM são causas primárias de DRCT entre diferentes grupos raciais e faixas etárias: a DM tem incidência mais alta entre pacientes acima de 65 anos entre brancos, negros e hispânicos, enquanto a incidência da HAS é mais alta entre aqueles acima de 75 anos.

No Brasil, não foram encontrados estudos que façam análises comparativas e estratificadas, sugerindo a necessidade de novas pesquisas, porém Beduschi *et al.* (2015), mostra que a DM foi causa primária de DRCT entre pacientes submetidos a CAPD e DPA. Cherchiglia *et al.* (2010), utilizando Base Nacional em Terapias Renais Substitutivas demonstrou que a HAS era a primeira causa da DRCT nos registros de pacientes em TRS entre 2000-2004, no Brasil.

Na China, um estudo demonstrou que a HAS superava 90% entre pacientes em HD e DP no início da terapia (YANG *et al.*, 2015). Em estudo realizado na Áustria (Ribitisch *et al.*, 2013), a HAS e DM pouco diferem nas taxas, sendo que foram registradas taxa de 25 e 26%, respectivamente. Nota-se que os dados em muito

divergem e não é possível regionalizar os dados, visto que em muitos casos, as pesquisas foram feitas com pequenas amostras, salvo raros estudos.

Comorbidades

Em relação as comorbidades (Figura 4), verificou-se que 21,4% dos pacientes são portadores de cardiopatia. As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte entre pessoas em TRS, chegando a ser risco de morte 25 vezes maior na população dialítica que na população em geral. As doenças cardiovasculares podem não somente estar presentes antes do início da terapia dialítica, mas pode desenvolver-se também durante o tratamento (NEVES *et al.*, 2014; McCULLOUGH *et al.*, 2011; KREDIET e BALAFA, 2010). YANG *et al.* (2015) descreve como comorbidades mais frequentes entre pacientes em DP, a HAS (95,2%), DM (74,7%), e doença cardiovascular (57,4%) no início de TRS, mas não admite a HAS e DM como etiologia da DRCT, como diferenciamos na presente pesquisa. O mesmo ocorre em Waldum-Grevbo, Leivistad e Reisaeter (2015) que traz a DM como comorbidade prévia ao início da DP mais frequente em sua amostra (29,3%).

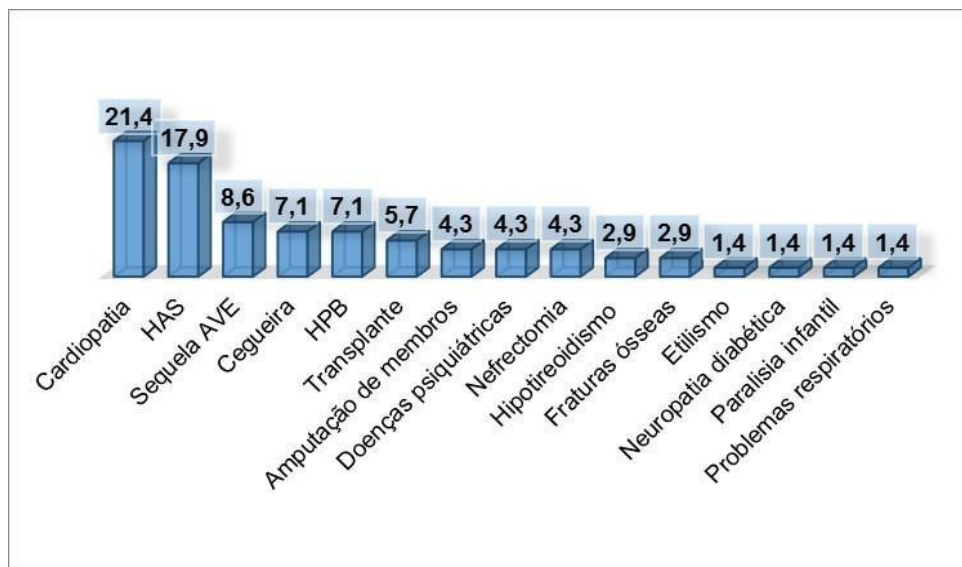


Figura 4 – Comorbidades em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016.

Abreviaturas: AVE: Acidente Vascular Encefálico; HPB: Hiperplasia Benigna de Próstata

Sinais e sintomas ao diagnosticar a DRCT

Os sintomas mais prevalentes no início da DRC e que indicaram o diagnóstico foram o edema (64,3%), fraqueza (44,3%), náuseas e vômitos (37,1%), entre outros, conforme descritos na Tabela 3. Destaca-se que desta amostra, 10% dos entrevistados negaram apresentar qualquer sintoma. Visto que nos estágios iniciais também pode ocorrer a ausência de sintomas, é necessário que os médicos mantenham sempre suspeição nos grupos de risco (BASTOS e EKIRSZTAJN, 2011). A preocupação em averiguar os sinais e sintomas mais frequentes na população está na construção de modelos de educação pré diálise a ser sugerida nesta pesquisa, visando também ajudar nos diagnósticos precoces a serem realizados pela atenção primária e pelos médicos de outras especialidades.

Tabela 3 – Sinais e sintomas apresentados no diagnóstico da DRCT em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016

Variável	% (n)
Sinais e sintomas iniciais da DRCT	
Edema	64,3 (45)
Fraqueza	44,3 (31)
Náuseas e vômitos	37,1 (26)
Oligúria	25,7 (18)
Dispneia	22,9 (16)
Perda de apetite	17,1 (12)
Perda de peso	12,9 (9)
Dor	10 (7)
Nenhum	10 (7)
Febre	7,1 (5)
Alterações aspectos da urina	4,3 (3)
Anúria	2,9 (2)
Síncope	2,9 (2)

Características do início do tratamento dialítico

A Tabela 4 indica que 61,4% dos pacientes negam ter apresentado qualquer evento clínico relacionado ao sistema renal em data anterior ao diagnóstico de DRC. Para facilitar o entendimento dos entrevistados, apresentava-se uma lista de possíveis eventos que pudessem caracterizar estágios iniciais da DRC ou mesmo eventos

etiológicos, como infecções do trato urinário, litíase, anemia e insuficiência renal aguda (IRA).

Tabela 4 – Características do início do tratamento dialítico em pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016

Variável	% (n)
História de problemas renal	
Não	61,4 (43)
Sim	31,6 (27)
Quem realizou diagnóstico	
Médico nefrologista	37,1 (26)
Outras especialidades (encaminhamento)	37,1 (26)
Médico da atenção básica	25,7 (18)
Tratamento conservador	
Não	62,9 (44)
Sim	37,1 (26)
Acesso vascular	
Nenhum	54,3 (38)
Cateter para DP	34,3 (24)
Satisfatório	7,1 (5)
Não satisfatório	4,3 (3)
Primeiro acesso vascular	
Cateter de curta permanência para HD	62,9 (44)
Cateter para DP	34,3 (24)
FAV	2,9 (2)
Dificuldade para acesso vascular	
Não	52,9 (37)
Sim	47,1 (33)

O estudo mostrou que apenas 25,7% dos pacientes tiveram o diagnóstico de DRCT revelado por profissionais da atenção básica, embora grande parte da amostra já fizesse parte do grupo de risco, principalmente hipertensos e diabéticos. Casos de encaminhamentos ao nefrologista realizados por outros médicos especialistas foram relatados por 37,1% dos participantes. Bastos e Kirstajn (2011) relembram a importância de encorajar cardiologistas, urologistas, clínicos gerais, geriatras, entre outros no encaminhamento precoce.

Este estudo revela a importância em se dar ênfase a possibilidade do surgimento da DRC entre as populações propensas, e não somente às doenças cardiovasculares, bem como demonstra a necessidade de educação continuada para os profissionais. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 13 de março de 2014,

a Portaria número 389 onde define critérios para organização da linha de cuidado do paciente com DRC, salientando a necessidade do diagnóstico precoce e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré dialítico.

Esta pesquisa mostra que 54,3% dos participantes não tiveram acessos vasculares confeccionados previamente ao início da diálise, sendo que para 62,9% dos participantes, o primeiro acesso vascular foi o CDL, e apenas 2,9% iniciaram hemodiálise com FAV. O CDL foi também a primeira via de acesso de 88,9% da amostra de Rocha *et al.* (2010). Segundo oUSRDS (2015), mesmo em um país desenvolvido como os EUA, aos 90 dias do início da hemodiálise, 68,3% dos pacientes ainda estavam usando um CDL e o CDL foi o primeiro acesso de 51,1% dos portadores de DRC neste país. Dentre os pacientes que iniciaram a hemodiálise como primeira terapia, 65% começaram com um CDL em uma amostra de 197 pacientes no estudo de Keating *et al.* (2014).

Nos EUA, têm sido criados programas como “*Fistula first*” ou “*Fistula first catheter last*”, visando educar a comunidade médica sobre a maior morbimortalidade e maiores custos quando do uso de cateteres (USRDS, 2015). No Brasil, é difícil encontrar dados consistentes como do sistema americano sobre a DRC, DRCT, as TRS e suas nuances, o que dificulta a caracterização desta população para as pesquisas científicas.

Embora tenha sido registrado que 52,9% desta amostra não tiveram dificuldades para confecção de acesso vascular (confecção de mais de uma FAV, FAV não adequada para punção ou com frêmito e fluxo insuficientes, demora na maturação, obstrução, entre outras), relembremos que mais de 50% dessa amostra foi composta de pacientes que tiveram como primeira terapia a DP, e, além disso, a maior parcela de participantes provém de um único centro de diálise.

Grande parte dos entrevistados não esteve em tratamento conservador, ou seja, não realizaram pelo menos uma consulta com nefrologista antes do início de qualquer TRS e acabaram entrando em TRS de forma emergencial. Daqueles que tiveram a oportunidade de permanecer em tratamento conservador para manutenção da função renal residual (37,1%), metade escolheu a DP e metade optou por HD. Assim também ocorreu em Rocha *et al.* (2010) onde 100% dos pacientes que iniciaram

TRS de forma emergencial utilizaram a HD; mas quando a TRS foi programada, 50% optou pela DP. Segundo a USRDS (2015), 38% dos casos incidentes de DRCT não tiveram qualquer consulta com nefrologistas previamente ao diagnóstico de DRC. Somente para Peixoto *et al.* (2013) foi relatado que 83,6% dos pacientes tiveram consulta com o nefrologista antes do início da diálise, sendo que 54,3% foram encaminhados pelo médico que acompanhava o tratamento da HAS e DM.

A Tabela 5 mostra que não houve associação entre o tratamento conservador e a escolha da primeira terapia (Teste do qui-quadrado, $p=0,087$), todavia, houve uma tendência para esta associação.

Tabela 5 – Comparação entre tratamento conservador e a influência sobre a primeira terapia de escolha de pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016

Tratamento conservador			
Primeira terapia	Não	Sim	Valor de p
DP	29,5 (13)	50,0 (13)	0,087
HD	70,5 (31)	50,0 (13)	

Características sobre as terapias vivenciadas e as orientações recebidas

A Tabela 6 mostra que o estudo, apesar de ter grande parte (61,4%) de sua amostra proveniente de uma única clínica onde muitos participantes foram encaminhados inicialmente para a DP, ainda assim, 62,9% dos entrevistados relataram que a primeira terapia dialítica de suas vidas foi a HD. Segundo a USRDS (2015), 88,2% de todos os casos incidentes de DRCT iniciaram em HD e apenas 9% em DP nos Estados Unidos. Em Araújo *et al.* (2011), 88,6% também optaram em iniciar pela HD. Segundo Cherchiglia *et al.* (2010), no Brasil, entre 2000 e 2004, 90.356 pessoas iniciariam diálise com predomínio na hemodiálise (71.405).

Tabela 6 – Motivos pela escolha da terapia e orientações recebidas sobre a terapia entre pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul - 2016

Variável	% (n)
Primeira terapia realizada	
HD	62,9 (44)
DP	37,1 (26)
Transferência para DP por dificuldade de acesso	
Não	52,9 (37)
Sim	47,1 (33)
Motivações da escolha da DP	
Falta de acesso	44,3 (31)
Escolha pessoal	31,4 (22)
Indicação por estado clínico ou local de residência	22,9 (16)
Sintomatologia em HD	1,4 (1)
Momento em que recebeu informações sobre DP	
Início do tratamento	58,6 (41)
Após exaustão de acesso	27,1 (19)
Não recebeu	14,3 (10)
Profissional que informou sobre DP	
Médico	67,1 (47)
Enfermeiro	21,4 (15)
Buscou informações sozinho	8,6 (6)
Outros pacientes	1,4 (1)
Outros profissionais	1,4 (1)

Em relação ao acesso vascular, foi registrado por 52,9% dos entrevistados que suas transferências para a DP não ocorreram devido à falta de acesso. Este resultado, porém, pode ter sido influenciado, mais uma vez, pelo fato de a maior parte da amostra ser proveniente de apenas uma instituição, sendo que nos demais centros de diálise verificou-se muitos relatos de falhas de acesso vascular para hemodiálise. Keating *et al.* (2014) comenta que o encaminhamento tardio ao nefrologista, educação insuficiente, falta de recursos sociais que suportem as terapias domiciliárias e a presença de comorbidades são razões que interferem no baixo uso da DP, tornando esta terapia apenas como uma “saída” para a falta de acesso vascular, dificultando ainda mais seu status de opção para o paciente. Poucos estudos têm investigado esta relação; no Brasil, apenas Rocha *et al.* (2010) demonstrou que 61% dos pacientes de uma pequena amostra foi transferida para DP devido exaustão de acesso vascular.

É notório que a DP é um método subutilizado apesar de seus benefícios, principalmente nos estágios iniciais do tratamento, o que tem conduzido ao conceito de DP primeiro (HINGWALA *et al.*, 2012; DALAL, SANGHA e CHAUDHARY, 2011). Os motivos que justificam a entrada do paciente inicialmente pela DP incluem:

preservação da função renal residual, menores taxas de hospitalização e infecção, qualidade de vida e satisfação do mesmo com a terapia, questões econômicas (WALDUM-GREVBO, LEIVESTAD E REISAETER, 2015), melhor taxa de sobrevida, melhor sobrevida do enxerto no paciente transplantado, alcance de um melhor nível de *clearance* e controle adequado da ultrafiltração e volume (KEATING *et al.*, 2014; DALAL, SHANGA, CHAUDHARY, 2011).

Nesta pesquisa, verificou-se que em apenas 31,4% dos casos o paciente encontrava-se na terapia por escolha pessoal. Peixoto *et al.* (2013) relata que 71% dos pacientes diabéticos em TRS, em estudo sobre início planejado da diálise, não tiveram opção de escolha para a modalidade de tratamento dialítico. Alguns entrevistados (22,9%) relatam que foram recomendados para a DP devido ao estado clínico e também devido à longa distância entre o local de residência e o centro de diálise, e 1,4% relata ter sido encaminhado a DP pela impossibilidade de realizar hemodiálise devido à sintomatologia durante as sessões.

A complicação intradialítica mais frequentemente relatada na literatura é a hipotensão arterial que ocorre em até 50% das sessões de hemodiálise, e que pode levar a sinais e sintomas como náuseas, vômitos, câibras, sudorese, taquicardia, dor precordial e confusão mental, embora Kuipers *et al.* (2016) demonstrou em seu estudo que, segundo critérios definidos pela *European Best Practice Guideline (EBPG)* para a hipotensão (decréscimo ≥ 20 mmHg da pressão arterial sistólica associado a um evento clínico com a necessidade de intervenção de enfermagem), a hipotensão ocorreu em apenas 6,7% dos casos.

A intervenção de enfermagem mais comum para o tratamento da hipotensão intradialítica é cessar a ultrafiltração, o que afasta o paciente do alcance do peso seco ideal, da boa qualidade de diálise e muitas vezes, a necessidade de troca de terapia pela DP – mais uma motivação de transferência para DP que desvaloriza esta terapia. Outras complicações intradialíticas incluem câibras, náuseas e vômitos, cefaleia, arritmia aguda, episódios febris, prurido, síndrome das perdas inquietas, síndrome do desequilíbrio, reação a produtos utilizados na diálise, hemólise e embolia (GONÇALVES *et al.* in AJZEN e SCHOR, 2011)

Quanto às informações referentes aos diferentes tipos de TRS, 58,6% relatou ter recebido e conhecido a DP no início do tratamento, ou seja, previamente ao início

da TRS, sendo que a principal fonte de informação foi o médico (67,1%). A Tabela 7 aponta que houve associação entre ter ou não recebido informação sobre DP antes do início do tratamento e a primeira terapia utilizada (Teste do quiquadrado, $p < 0,001$), sendo que o percentual de pacientes que receberam informação antes do tratamento e optaram por DP (96,2% - $n=25$) foi significativamente maior do que o daqueles que também receberam informação antes do tratamento mas que optaram pela HD (36,4% - $n=16$)

Tabela 7 – Relação entre ter recebido informações sobre DP antes do início da TRS e a primeira terapia. Mato Grosso do Sul – 2016.

Recebeu informação antes do início do tratamento	Primeira terapia		Valor de p
	DP	HD	
Não	3,8 (1)	63,6 (28)	<0,001
Sim	96,2 (25)	36,4 (16)	

Poucos estudos que analisem a questão da informação prévia foram encontrados, apenas um estudo no Brasil demonstrou que 80,9% dos pacientes também souberam sobre a DP através do profissional médico (SILVA, H. G.; SILVA, M. J., 2005). Isso demonstra a necessidade de maior atuação do enfermeiro no processo de orientação ao nefropata, visto que a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN, 2011) descreve que são competências do enfermeiro nefrologista não somente a promoção da educação aos clientes e familiares (o que está relacionado à melhora da qualidade de vida), mas também estimular o aprimoramento da equipe de enfermagem e formação de novos profissionais. Uma pesquisa recente feita no Brasil mostrou que 72% dos enfermeiros nefrologistas revelaram que desenvolvem orientação aos pacientes e familiares, porém 28% admitiram que o excesso de atividades faz com que estes realizem orientações somente quando abordados (OLIVEIRA; SILVA; ASSAD, 2015)

O estudo de Liebman *et al.* (2012) demonstrou que a educação pré dialítica dos pacientes influenciam diretamente na escolha das modalidades de TRS, chegando a mais de 50% de seleção por terapias em domicílio pelos indivíduos. Em um estudo realizado em vários países da Europa sobre a percepção dos pacientes sobre

informações acerca de diálise, 39,3% dos respondentes registraram que não foram orientados sobre opções de tratamento alternativas de seus tratamentos atuais ou sobre a possibilidade de trocar de terapia (BIESEN *et al.*, 2014).

Em Ribitsch *et al.* (2013), um programa multidisciplinar de educação pré diálise chamado “INDIAL” (*Information on Dialysis*), demonstrou o grande impacto que o programa causou na população estudada: 54,3% dos participantes do grupo “INDIAL” (n=70) escolheram a DP como primeira terapia contra 28% do grupo controle (n=157). Em outro estudo realizado nos EUA, 31% dos respondentes sentiram que as terapias não foram igualmente apresentadas como forma de tratamento (FADEM *et al.*, 2011). Devoe *et al.* (2016), em revisão sistemática, conclui que existe forte relação entre as intervenções educativas e a subsequente escolha pela DP.

Características sobre a DP vivenciada

Em relação às modalidades de DP em que os pacientes deste estudo se encontram, 80% fazem uso da diálise peritoneal automatizada (DPA). Este dado está de acordo com a SBN (2014), que demonstra que 5,6% dos pacientes respondentes ao censo daquele ano fazem uso de DPA, contra 3% em Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) e 0,1% em diálise peritoneal intermitente (DPI) (Tabela 8). Beduschi *et al.* (2015) demonstra que a DPA deve ser estimulada pois há decréscimo da mortalidade entre os pacientes nesta modalidade em relação a CAPD.

Tabela 8: Características da terapia DP vivenciada por pacientes em Mato Grosso do Sul – 2016

Variável	Média±DPM ou % (n)
Modalidade de DP	
DPA	80 (56)
CAPD	20 (14)
Complicações com a DP	
Não	31,4 (22)
Sim	68,6 (48)
Média de tempo em DP (em meses)	
	19,92±16,76
Complicações ocorridas com a DP	
Nenhuma	68,6 (48)
Peritonite	14,3 (10)
Deslocamento de cateter	7,1 (5)
Infecção em óstio	5,7 (4)
Outras	4,3 (3)
Melhora do estado geral com a DP	
Sim	60 (42)
Não fez HD	32,9 (23)
Não	4,3 (3)
Dificuldades com a DP	
Nenhuma dificuldade	37,1 (26)
Insegurança	14,3 (10)
Ficar muito tempo parado	12,9 (9)
Viagem	12,9 (9)
Trocas manuais (CAPD)	10 (7)
Tempo longo de terapia	8,6 (6)
Transporte de materiais	8,6 (6)
Dor na primeira infusão	5,7 (4)
Náuseas esporádicas	5,7 (4)
Frio; menor perda de peso, maior controle hídrico	5,7 (4)
Muitos detalhes para lembrar	4,3 (3)
Não pode entrar em piscinas, rios, mar, etc.	2,9 (2)
Cateter	2,9 (2)
Vantagens e facilidades da DP	
Ficar em casa	67,1 (47)
Menos sintomas	44,3 (31)
Independência	35,7 (25)
Sem agulhas	32,9 (23)
Maior disposição	25,7 (18)
Sem dor	22,9 (16)
Sem deslocamento ao hospital, clínica	12,9 (9)
Pode trabalhar	7,1 (5)
Autoestima	1,4 (1)

Embora a peritonite tenha sido relatada por 14,3% dos pacientes e é a principal fonte de falha da terapia segundo Barretti *et al.* (2014), foi observado um dado muito importante: 68,6% dos pacientes não tiveram qualquer complicação relacionada

a DP desde o início do tratamento - a média de tempo no tratamento de DP foi de 19,92 meses. Apesar de ter surgido a hipótese de que a baixa escolaridade se refletiria em maiores complicações, a Tabela 9 demonstra que não houve associação significativa entre a escolaridade e o aparecimento de complicações (teste qui-quadrado, $p=0,249$), ao contrário de outros estudos que demonstraram esta associação, segundo revisão de Schaepe e Bergian (2016).

Tabela 9 – Associação entre a escolaridade e o aparecimento de complicações com a DP. Mato Grosso do Sul – 2016

Escolaridade	Complicações com DP		Valor de p
	Não	Sim	
Analfabeto	66,7 (4)	33,3 (2)	0,249
De 1 a 3 anos	76,5 (13)	23,5 (4)	
De 4 a 5 anos	81,3 (13)	18,8 (3)	
De 6 a 9 anos	71,4 (10)	28,6 (4)	
Mais que 9 anos	47,1 (8)	52,9 (9)	

Esse fato revela a necessidade de mais estudos que poderão levar ao menor impacto do medo da peritonite sobre a transferência para a DP, visto também que 60% dos pacientes que foram transferidos da HD para a DP relataram melhora do estado geral, relatando principalmente maior disposição e menos sintomas desagradáveis outrora vividos na HD.

Os participantes foram sobre as desvantagens e/ou dificuldades vivenciadas com a DP. Destes, 37,1% relataram não ter qualquer dificuldade ou desvantagem com a DP. Porém, surgiram, durante as entrevistas, outros relatos acerca das dificuldades, como a incerteza inicial com o tratamento, ou seja, a insegurança em responsabilizar-se pela terapia entre alguns pacientes e cuidadores (14,3%). Este fato não era esperado, porém demonstra a necessidade de mais pesquisas a fim de diminuir esses fatores que podem inviabilizar a DP para alguns usuários. Entre os pacientes em CAPD, 10% relatou as muitas trocas manuais como uma desvantagem da DP, porém

havia entre estes pacientes, alguns que aguardavam a vinda da máquina de DPA e, portanto, ainda desconheciam que não há necessidade de trocas nesta modalidade.

Em relação às vantagens da DP, 67,1% relataram a possibilidade de realizar o tratamento em casa e 44,3% registraram menor sintomatologia durante a DP. Não foram encontrados outros estudos que avaliassem as percepções sobre os pacientes em relação as vantagens e desvantagens da DP. Porém, em Fadem *et al.* (2011), se mostrou que o desejo de ficar em casa (55%) e o desejo de conduzir o próprio tratamento (67%) foram itens que influenciaram na escolha dos diferentes tipos de TRS. Ainda para Fadem *et al.* (2011), 38% dos pacientes escolheram a DP por recomendação médica.

Satisfação com as terapias dialíticas

A Tabela 10 demonstra que entre os pacientes que realizaram HD, 35,7% se dizem insatisfeitos com esta terapia e apenas 17,1% se disseram satisfeitos com a mesma. Quanto a DP, 57,1% demonstraram estar muito satisfeitos com a terapia e somente 2,9% estão insatisfeitos. Entre os pacientes que realizaram e conheceram as duas terapias, HD e DP, 61,4% preferem a DP como terapia para manutenção de suas vidas e apenas 2,9% prefere a HD. Vale ressaltar que entre os poucos pacientes que disseram preferir a HD, um realizou poucas sessões de hemodiálise e logo foi transferido para a DP e o outro estava em tratamento para depressão, e demonstrava insatisfação e irritação durante a entrevista. Esse dado impressiona e revela o quanto se faz necessária a criação imediata de programas que estimulem a adesão dos clientes à DP.

Muitas pesquisas têm estudado a satisfação dos clientes com as diferentes terapias. Fadem *et al.* (2011) demonstra que a pontuação de satisfação para pacientes em DP, hemodiálise domiciliária e transplante renal é significativamente mais alta do que para clientes em hemodiálise hospitalar. É unânime entre os autores que a satisfação do cliente com a sua terapia é maior entre os indivíduos em DP do que entre aqueles em HD. Esses estudos, embora estejam de acordo com os resultados encontrados, são antigos e demonstram a necessidade de outras investigações (WASSERFALEN *et al.*, 2006; JUERGENSEN *et al.*, 2006; RUBIN *et al.*, 2004)

Tabela 10: Satisfação com a HD e DP e modalidade de preferência entre pacientes submetidos à DP em Mato Grosso do Sul – 2016

Variável	% (n)
Satisfação com HD	
Não fez HD	32,9 (23)
Insatisfeito	35,7 (25)
Satisfeito	17,1 (12)
Neutro	11,4 (8)
Muito satisfeito	2,9 (2)
Satisfação com DP	
Muito satisfeito	57,1 (40)
Satisfeito	38,6 (27)
Insatisfeito	2,9 (2)
Neutro	1,4 (1)
Terapia de preferência	
DP	61,4 (43)
Não fez HD	31,4 (22)
Não sabe responder	4,3 (3)
Hemodiálise	2,9 (2)

Houve associação entre o tipo de tratamento utilizado e o nível de satisfação em relação a ele (teste do qui-quadrado, $p < 0,001$), sendo que o percentual de pacientes que se declararam insatisfeitos ou neutros com o tratamento de hemodiálise foi significativamente maior do que o daqueles submetidos à diálise peritoneal (Insatisfeito: 53,2% *versus* 2,9%; Neutro: 17,0% *versus* 1,4%). Por outro lado, o percentual de pacientes que se declararam muito satisfeitos com a diálise peritoneal foi significativamente maior do que o daqueles submetidos à hemodiálise (57,1% *versus* 4,3%). Estes resultados estão ilustrados na Tabela 11.

Tabela 11 – Associação entre o tratamento utilizado e o nível de satisfação com a terapia entre pacientes em DP. Mato Grosso do Sul - 2016

Nível de satisfação	Tratamento		Valor de p
	DP	HD	
Insatisfeito	2,9 (2)b	53,2 (25)a	p<0,001
Neutro	1,4 (1)b	17,0 (8)a	
Satisfeito	38,6 (27)a	25,5 (12)a	
Muito satisfeito	57,1 (40)a	4,3 (2)b	

Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Letras diferentes na linha indicam diferença entre os tratamentos, em relação ao percentual de pacientes que declararam aquele nível de satisfação (teste do qui-quadrado, $p < 0,05$, com correção de Bonferroni).

7. CONCLUSÕES

Este estudo tem relevância para o conhecimento do cenário da nefrologia no estado de Mato Grosso do Sul. Existem nesta região do Brasil, apenas seis instituições que ofertam a DP, levando a concordância com dados nacionais e internacionais que relatam que mais de 90% da população com necessidade dialítica encontra-se na terapia HD. A Clínica “D” destaca-se pela quantidade de pacientes em DP que comporta, apesar de estar localizada no interior do estado, sendo a única que possui equipe exclusiva para o manejo dos clientes, porém não dispõe de visitas domiciliares ou retreinamento dos pacientes independente de complicações com a terapia.

Em relação às características sociodemográficas, entre os 70 participantes finais do estudo, houve diferença mínima entre a quantidade de pacientes para ambos os sexos; a maior parte dos entrevistados compõe uma faixa etária entre 30 a 59 anos, com média de idade de 55,17 anos, ou seja, ainda pertencentes ao mercado de trabalho; houve predominância de pessoas da raça branca, casados, aposentados, com poucos anos de escolaridade e recursos financeiros insuficientes, sendo a maioria residente no mesmo município onde realizam o tratamento.

Quanto às características clínicas, mais da metade dos participantes relatam ser portadores de HAS anteriormente ao diagnóstico de DRCT e início da diálise, o que está de acordo com dados nacionais, porém em desacordo com dados internacionais que têm a DM como a causa principal de DRCT, que neste estudo ficou em segundo lugar. A cardiopatia e a HAS foram as comorbidades mais frequentes entre os pacientes. O sinal mais prevalente ao ser diagnosticada a DRCT foi o edema, embora mais de 60% dos pacientes neguem qualquer episódio relacionado ao sistema renal em data anterior ao início da TRS.

O diagnóstico da DRCT foi realizado pelo nefrologista tanto quanto igual quantidade de médicos de outras especialidades encaminharam os pacientes ao médico nefrologista. Ainda assim, poucos estiveram em tratamento conservador e, portanto, a maioria teve o CDL como primeira via de acesso para HD, não tendo sido confeccionados acessos permanentes em mais da metade da amostra.

Embora mais de 58,6% dos entrevistados tenha sido informado sobre a DP no início do tratamento – o que pode estar limitado ao fato de que também a maior parte da amostra deste estudo seja pertencente a um único centro de diálise – a HD ainda se mostrou como primeira terapia dialítica para mais da metade dos pacientes. Quando questionados sobre as motivações para a transferência para a DP, a falta de acesso vascular foi a resposta mais frequente, o que está de acordo com estudos brasileiros que demonstrou o encaminhamento para DP sendo realizado de forma inadequada.

A modalidade de DP mais utilizada pela amostra deste estudo foi a DPA. A maior parte dos entrevistados relatou não ter apresentado qualquer complicação com a DP em uma média de 19,92 meses de permanência no tratamento, porém a peritonite continua a ser a complicação mais frequente. A maioria dos entrevistados relatou melhora do estado geral clínico com a troca da HD para a DP, e igualmente negaram enfrentar qualquer dificuldade com a DP, exceto insegurança e medo passageiros no início do treinamento. A principal vantagem da DP de acordo com os clientes foi a possibilidade de ficar em casa para a realização do tratamento.

O elevado grau de satisfação com a terapia de DP e a insatisfação com a HD registradas pelos indivíduos, que também relataram em sua maioria a preferência pela DP, demonstram que é urgente a criação de programas de educação dialítica que possibilitem a participação do usuário na escolha das diferentes terapias e fortaleçam a oferta das modalidades domiciliárias.

Apesar de inúmeros dados já construídos na área de nefrologia, ainda são escassas informações específicas sobre DP, especialmente no estado de Mato Grosso do Sul. A caracterização da clientela em uso dos tratamentos dialíticos, na maioria usuários do SUS, se faz necessário para não somente a diminuição de gastos, mas também para a compreensão das influências que distanciam profissionais e pacientes de técnicas que comprovadamente se mostram mais satisfatórias às necessidades de vida dos mesmos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem, com seu papel de educador nato, tem nas mãos uma ferramenta de baixo custo capaz de suprimir os gastos e desgastes dos indivíduos: a educação em saúde. Através de um programa de orientações pré diálise, observa-se o aumento da escolha pela DP, além disso, como apresentado neste estudo, a satisfação com esta modalidade é superior quando comparada a HD, porém são necessários maiores incentivos para o fortalecimento desta terapia dialítica.

Considerando que se faz necessário o conhecimento da realidade de um local para posteriores intervenções, espera-se que a caracterização da população de pacientes prevalentes em DP e suas variáveis possam contribuir para a qualidade de acolhimento de novos doentes dialíticos. Além disso, os resultados podem demonstrar a realidade de forma mais fidedigna e específica desta modalidade de tratamento, contribuindo para o avanço desta terapia no estado, melhora da qualidade de vida destes indivíduos e fortalecimento do papel do enfermeiro, proporcionando ferramentas para facilitação de sua prática na nefrologia.

Neste estudo, ficou claro que existe a necessidade de estimular o uso da DP por todas as motivações aqui apresentadas. Foi demonstrado que os esforços dispensam tecnologias onerosas aos cofres públicos, mas devem partir necessariamente dos profissionais da área, especialmente os enfermeiros nefrologistas que têm papel único e resgatador das necessidades essenciais das pessoas. Dessa forma, toda a equipe da nefrologia deve conhecer e buscar novos conhecimentos a fim de contribuir para a construção de modelos de educação pré dialítica que sirvam às suas realidades.

A portaria número 389 de 13 de março de 2014 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) estabelece alguns critérios e diretrizes para a criação da linha de cuidado à pessoa com DRC que estimulam a criação de programas educativos. No capítulo II, discorre sobre os seguintes princípios:

V - garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes

da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e;

VII - garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas.

Saggi *et al.* (2012) propõe alguns passos iniciais para o processo que ultrapassa a necessidade de intervenções educativas, mas exige do profissional a máxima atenção para a detecção dos casos que exijam sua atuação (Figura 5).

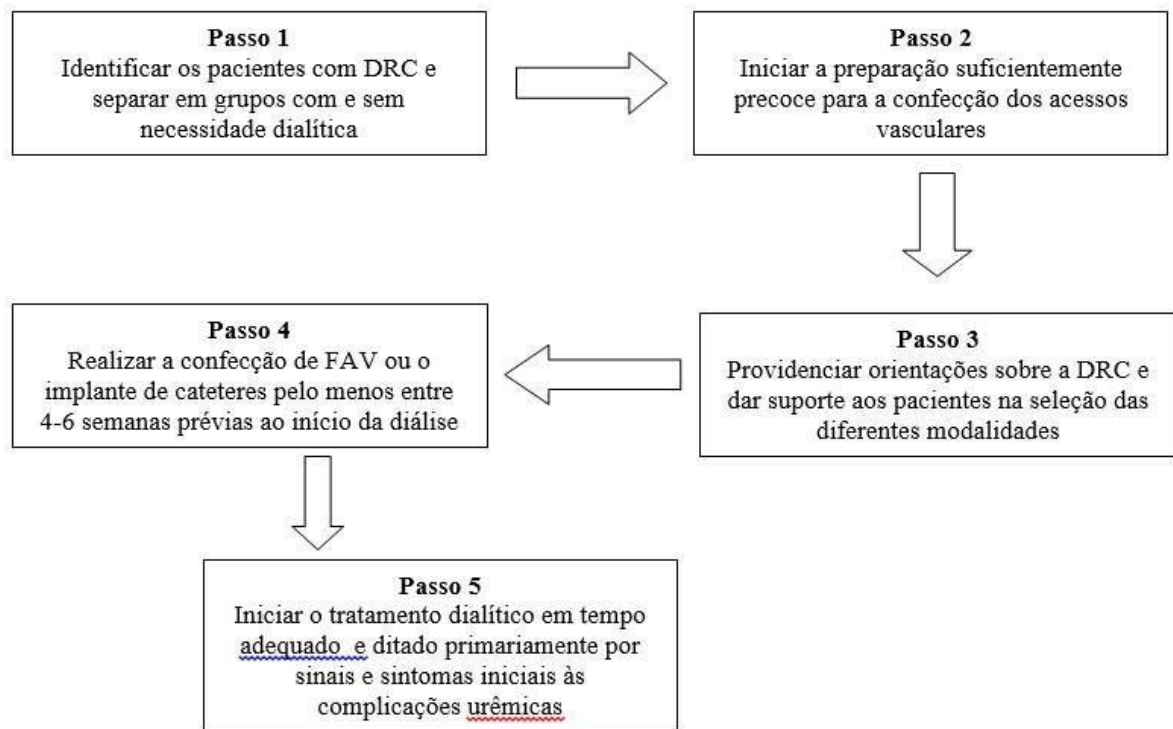


Figura 5 – Proposta de abordagem passo a passo no preparo de pacientes para diálise

Fonte: Adaptado de SAGGI *et al.* (2012)

Schaepe e Bergian (2016), em revisão da literatura, mostram que algumas dificuldades podem ser encontradas no processo educativo, por exemplo, pessoas mais velhas e com comorbidades e outras com baixa escolaridade necessitam de

maior tempo para adquirir as habilidades necessárias. Esse fato muito cabe à realidade brasileira, especialmente nesta amostra, onde foram encontradas características semelhantes.

Os estudos também demonstram que as visitas domiciliares têm papel potencial em melhorar os resultados da aprendizagem. O retreinamento dos pacientes também aparece como fator importante que deve ser cumprido para a qualidade do cuidado (SCHAEPE; BERGIAN, 2015).

Não foram encontrados modelos prontos e disponíveis de programas, porém Saggi *et al.* (2012) faz sugestões para a construção de modelos, como o que foi construído abaixo.

Tabela 12 – Sugestões para um programa de educação pré dialítica bem sucedido.
Mato Grosso do Sul - 2016.

Principais aspectos	Detalhes
Início do programa	Detectar e selecionar pacientes com taxa de filtração glomerular < 30mL/min/1,73m ² , e aqueles que já iniciaram alguma TRS e não tiveram acesso a consultas com nefrologia
Líder do programa	Educador em DRC designado pela equipe (preferencialmente assistido por nutricionista e assistente social)
Participantes do programa	Pacientes, cuidadores e familiares (pode ser feito com um único indivíduo de cada vez ou em pequenas palestras para mais de um participante, o que é recomendável a fim de atingir maiores públicos e não comprometer as demais funções do profissional educador)
Frequência	Entre 1 a 3 sessões ou em até 5 horas
Conteúdo	<p>Discussão sobre a DRC e a interpretação dos testes de avaliação da função renal; complicações da DRC; intervenções para desacelerar a progressão da doença; importância da preservação de vasos sanguíneos para futuros acessos vasculares para a HD; diferentes opções de diálise e o impacto no estilo de vida; transplante renal; mudanças na dieta necessárias; tempo de implantar o acesso de diálise; orientações sobre os direitos sociais e considerações financeiras.</p> <p>Visita ao local onde se realizam as diferentes modalidades de terapia com a apresentação de todos os equipamentos, materiais e profissionais atuantes pode ser benéfica.</p>

FONTE: Adaptado de Saggi *et al.* (2012)

Oferecer suporte nas decisões é a grande “chave”. O enfermeiro que é um profissional mais próximo ao paciente e que geralmente conhece as necessidades e eventos de vida deles deverá ajudá-los na escolha daquela modalidade que melhor se ajuste aos seus estilos de vida e também diminuir sua ansiedade e medo, por intermédio de exemplos de vida de outras pessoas.

Outras sugestões: roda de conversa entre pacientes pré dialíticos e entre aqueles que já iniciaram algum tipo de TRS; demonstração das atividades exercidas por cada profissional, criando a ideia de não abandono pelos profissionais e sim a atuação multiprofissional oferecida; materiais escritos e apresentações audiovisuais podem ajudar no processo; os programas podem convidar a participar profissionais de outras áreas, inclusive aqueles atuantes na atenção básica para divulgar e contribuir com o crescimento do saber de todos que poderão ser futuros estimuladores das terapias domiciliárias.

REFERENCIAS

ALGARRA, A. J. C. Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal. **Enfermería Nefrológica**, Colombia, v. 18, n. 1, p. 31-40, jan./mar. 2015.

ALGARRA, C.; DÍAZ, A. J.; JANETH, F. Capacidad de autocuidado de los pacientes em diálisis peritoneal: um estudo piloto en Bogotá. **Revista eletrônica trimestral de Enfermería**, n. 30, 2013

ALMEIDA, F. A. Prevenção e tratamento da doença renal crônica. Duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina na doença renal crônica: útil ou prejudicial? In: XXIII Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 23, 2015, Rio de Janeiro, **Aulas...**Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2015

ARAÚJO, N. C.; JORGE, R. J. B.; SOUSA, A. G.; BARBOSA, I. V. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em tratamento de diálise peritoneal. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 5, n. 7, p. 1723-1730, 2011

Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Departamento de títulos de especialistas de enfermagem em nefrologia. Formação de recursos humanos. Belo Horizonte (MG): SOBEN; 2011.

BARE, B. G., SMELTZER, S. C. BRUNNER & SUDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2006. p. 14031412

BARNETT, J.; OGDEN, J.; DANIELLS, E. The value of choice: a qualitative study. **British Journal of General Practice**, v. 58, n. 554, p. 609-613, 2008

BARRETTI, P.; DOLES, J. V. P.; PINOTTI, D. G.; DIB, R. E. Efficacy of antibiotic therapy for peritoneal dialysis-associated peritonitis: a proportional meta-analysis. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, n. 445, p. 1-11, Brazil, 2014

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**, v. 33, n. 1, p. 93-108, 2011

BEDUSCHI G. D. C, FIGUEIREDO A. E., OLANDOSKI M, PECOITS-FILHO R, BARRETTI P., MORAES T. P. D. Automated Peritoneal Dialysis Is Associated with Better Survival Rates Compared to Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: A Propensity Score Matching Analysis. **Plos One**, v. 10, n. 7, 2015

BERTAGNA, R. A atuação da enfermagem na clínica de diálise, no cuidado com o paciente nefropata. In: MALAGUTTI, W.; FERRAZ, R. R. N. **Nefrologia: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, p. 343-350, 2011

BIESEN, W. V.; VEER, V. D. S. N.; MURPHEY, M.; LOBLOVA, O.; DAVIES, S. Patient's perceptions of information and education for renal replacement therapy: na independente survey by the European Kidney Patient's Federation on information and support on renal replacement therapy. **Plos One**, Italy, v. 9, p. 1-8, 2014

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 50, Seção 1, p. 34-37

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C., SILVA, C. D. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 15, p. 152-157, 2006

CASTRO, M. C. M. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 23, n. 2, p. 108-13, 2001

CHANOUZAS, D.; NG, K. P.; FALLOUH, B.; BAHARANI, J. What influences patient choice of treatment modality at the pre dialysis stage? **Nephrology Dialysis Transplant**, v. 27, n. 4, p. 1542-1547, 2012

CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, E. L.; SZUSTER, D. A. C.; ANDRADE, E. I. G.; ACÚRCIO, F. A.; CAIAFFA, W. T.; SESSO, R.; JUNIOR, A. A. G.; QUEIROZ, O. V.; GOMES, I. C. Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 639-649, 2010

CHO, Y.; BADVE, S. V.; HAWLEY, C. M.; McDONALD, S. P.; BROWN, F. G.; BOUVILLE, N. M.; WIGGINS, K. J.; BANNISTER, K. M.; CLAYTON, P.; JOHNSON, D. W. The effects of living distantly from peritoneal dialysis units on peritonitis risk, microbiology, treatment and outcomes: a multi-centre registry study. **BMC Nephrology**, Australia, v. 13, n. 41, p. 1-9, 2012

DALAL, P.; SANGHA, H.; CHAUDHARY, K. In Peritoneal Dialysis, is there suficiente evidence to make "PD First" therapy? **International Journal of Nephrology**, 2011

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

DEVOE, D. J.; WONG, B.; JAMES, M. T.; RAVANI, P.; OLIVER, M. J., BARNIEH, L., ROBERTS, D. J.; MANNS, B. J.; KAPPEL, J.; QUINN, R. R. Patient education and peritoneal dialysis modality selection: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Kidney Diseases**, 2016

EL NAHAS, A. M.; BELLO, A. K. Chronic kidney disease: the global challenge. **Lancet**, v. 365, P. 331-40, 2005

FADEM, S. Z.; WALKER, D. R.; ABBOT, G.; FRIEDMAN, A. L.; GOLDMAN, R.; SEXTON, S.; BUETTNER, K.; ROBINSON, K.; PETERS, T. G. Satisfaction with renal replacement therapy and education: The American Association of kidney patients survey. **Clin J Am Soc Nephrol**, USA, v. 6, n. 3, p. 605-612, 2011

FERMI, M. R. V. **Diálise para enfermagem: guia prático**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010

FERNANDES, N.; BASTOS, R. M. R.; BASTOS, M. G. Diagnóstico da doença renal crônica a partir da filtração glomerular estimada: CKD-EPI ou MDRD. In:

FIGUEIREDO, A. E.; KROTH, I. V.; LOPES, M. H. I. Diálise peritoneal: educação do paciente baseada na teoria do autocuidado. **Science & Medicine**, v. 15, n. 3, p. 198202, 2005

FRANCO, M.R.; FERNANDES, N.; RIBEIRO, C.A.; QURESHI, A.R.; DIVINO-FILHO, J. C.; LIMA, M.G. A brazilian experience in assisted automated peritoneal dialysis: a reliable and effective home care approach. **Peritoneal Dialysis International**, v. 33, n. 3, p. 252-259, 2013

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n.1, p.7-19, 2012

GODINHO, T. M.; LYRA, T. G.; BRAGA, P. S.; QUEIROZ, R. A.; ALVES, J. A.; KRAYCHETE, A. C.; GUSMÃO, E. N. A.; LOPES, A. A.; ROCHA, P. N. Perfil do paciente que inicia hemodiálise de manutenção em Hospital Público em Salvador, Bahia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 28, n. 8, p. 96-103, 2006

GONÇALVES, E. A. P.; MANFREDI, S. R.; NADALETTO, M. A. J.; CANZIANI, M. E. F. Complicações clínicas em diálise crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM**. 3. ed., São Paulo: Manole, 2011. cap. 32, p. 461-463

HINGWALA, J.; DIAMOND, J.; TANGRI, N.; BUETI, J.; RIGATTO, C.; SOOD, M. M.; VERRELLI, M.; KOMENDA, P. Underutilization of peritonea dialysis: the role of the nephrologist's referral pattern. **Nephrology Dialysis Transplant**, v. 28, n. 3, p. 732-740, 2013

HOSSAIN, P.; KAWAR B.; NAHAS, M EL. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge. **New England Journal of Medicine**, v.356, n.3, p.213-5, 2007

JACOBOWSKI, J. A. D.; BORELLA, R.; LAUTERT, L. Pacientes com insuficiência renal crônica: causas de saída do programa de diálise peritoneal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n.3, p. 381-91, 2005

JAIN, A. K., BLAKE, P., GARG, A. X. Global trends in rates of peritoneal dialysis. *Journal of American Society of Nephrology*, v. 23, n. 3, p. 533-544, 2012

JUERGENSEN, E.; WUERTH, D.; FINKELSTEIN, S. H.; JUERGENSEN P. H.; BEKUI, A.; FINKELSTEIN, F. O. Hemodialysis and peritoneal dialysis: patient's assessment of their satisfaction with therapy on their lives. **Clinical Journal of American Society of Nephrology**, ISSN 1555-9041, 2006

KEATING, P. T.; WALSH, M.; RIBIC, C. M.; BRIMBLE, K. S. The impact of patient preference on dialysis modality and hemodialysis vascular access. **BMC Nephrology**, v. 15, n. 38, p. 1-8, 2014

KREDIET, R. T.; BALAFA, O. Cardiovascular risk in the peritoneal dialysis patient. **Nature Reviews Nephrology**, v. 6, n. 8, p. 451-460, 2010

KUIPERS, J.; OOSTERHUIS, J. K.; KRIJNEN, W. P.; DASSELAAR, J. J.; GAILLARD, A. J. M.; WESTERHUIS, R.; FRANSEN, F. M. Prevalence of intradialytic hypotension, clinical symptoms and nursing interventions - a three months, prospective study of 3818 haemodialysis sessions. **BMC Nephrology**, v. 17, n. 21, p. 2-11, The Netherlands, 2016

LIEBMAN, S. E.; BUSHINSKY, D. A.; DOLAN, J. G., VEAZIE, P. Differences between dialysis modality selection and initiation. **American Journal of Kidney Diseases**, v. 59, p. 550-557, 2011

LO, W. K.; KWAN, T. H.; HO, Y. W.; LEE, M.; CHENG Y. Y.; NG, S. Y.; *et al.* Preparing patients for peritoneal dialysis. **Peritoneal Dialysis Transplant**, v. 28, p. S69-71, 2008

MCCULLOUGH, P.A.; STEIGERWALT, S.; TOLIA, K.; CHEN, S.C.; LI, S.; NORRIS, K.C.; WHALEY-CONNELL, A. Cardiovascular disease in chronic kidney disease: data from the Kidney Early Evaluation Program (KEEP). **Current Diabetes Reports**, v. 11, p. 47-55, 2011

MEHROTRA, R.; MARSH, D.; VONESH, E.; PETERS, E. NISSENSON, A. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond incenter hemodialysis. **Kidney International**, v. 68, n. 1, p. 378-390, 2005

MOURA, L., SCHIMIDT, M. I., DUNCAN, B. B., ROSA, R. S., MALTA, D. C., STEVENS, A., THOME, F. S. Monitoramento da doença renal crônica terminal pelo subsistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - Apac - Brasil, 2000 a 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 2, 2009

NERBASS, F. B.; FEITEN, S. F., CUPPARI, L. Nutrição do paciente com doença renal crônica em tratamento conservador. In: Barros E, Gonçalves LF. **Nefrologia no consultório**. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 425-33.

NEVES, M.; MACHADO, S.; RODRIGUES, L.; BORGES, A.; MAIA, P.; CAMPOS, M. Cardiovascular risk in peritoneal dialysis – A portuguese multiceter study. **Nefrologia**, Portugal, v. 34, n. 2, p. 205-211, 2013

OLIVEIRA, N. B.; SILVA, F. V. C.; ASSAD, L. G. Competências da enfermeira especialista em nefrologia. *Revista enfermagem UERJ*, v. 23, n. 3, p. 375-380, 2015

OLIVER, M. J.; CALLERY, S. M.; THORPE, K. E.; SCHWAB, S. J.; CHURCHILL, D. N. Risk of bacteremia from temporary hemodialysis catheter by site of insertion and duration of use: a prospective study. **Kidney International**, v. 58, n. 6, p. 2543-5, 2000

PEIXOTO, E. R. M.; REIS, I. A.; MACHADO, E. L.; ANDRADE, E. I. G.; ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L. Diálise planejada e a utilização da atenção primária à saúde entre os pacientes diabéticos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1241-1250, jun., 2013.

POLASCHEK, N. Negotiated care: a model for nursing work in the renal setting. **Journal of Advanced Nursing**, v. 42, n. 4, p. 355-363, 2003

RIBITSCH, W.; HADITSCH, B.; OTTO, R.; SCHILCHER, G.; QUEHENBERGER, F.; ROOB, J. M.; ROSENKRANZ, A. R. Effects of a pre-dialysis patient education program on the relative frequencies of dialysis modalities. **Peritoneal Dialysis International**, v. 33, n. 4, p. 367-371, 2013

RIELLA, M. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 4ª edição; Rio de Janeiro: Guanabara, 2004

ROCHA, P. N.; SALLENAVE, M.; CASQUEIRO, V.; NETO, B. C.; PRESÍDIO, S. Motivo de “escolha” de diálise peritoneal: exaustão de acesso vascular para hemodiálise? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 1, p. 23-28, 2010

ROMÃO JUNIOR, J. E. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, Suppl 1, p. 1-3, 2004

RUBIN, H. R.; FINK, N. E.; PLATININGA, L. C.; SADLER, J. H.; KLIGER, A. S.; POWE, N. R. Patient ratings of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. *Journal of American Medical Association*, v. 291, n. 6, p. 697-703, 2004

SAGGI, S. J.; ALLON, M.; BERNARDINI, J.; KALANTAR-ZADEH, K.; SHAFFER, R.; MEHROTRA, R. Considerations in the optimal preparation of patients for dialysis. **Natural Reviews Nephrology**, 2012

SCHAEPE, C.; BERGIAN, M. Educational interventions in peritoneal dialysis: a narrative review of the literature. **International Journal of Nursing Student**, v. 52, n. 4, p. 882-898, 2015

SESSO, R.; LOPES A. A.; THOMÉ, F. S.; ROMÃO JÚNIOR, J. E.; LUGON, J.;

WATANABE, Y.; SANTOS, D. R. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, n. 36, n. 1, p. 48-53, 2014

SHETTY, A. Reducing peritoneal dialysis-related peritonitis rate. **The Ochsner Journal**, v. 14, p. 386-391, 2014

SILVA, H. G.; SILVA, M. J. Motivações do paciente renal para escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n.1, p. 10-14, 2003. Disponível em www.fen.ufg.br/Revista

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo Brasileiro 2015. Disponível em: www.sbn.com.br/censo Acesso em: 10 de maio de 2016.

THE KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. **Kidney international**, v. 3, p. 1-150, 2013

THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE (K/DOQI) Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney Disease*, v. 39, Suppl 2, p. S1-S246, 2002

TRENTINI, M.; CORRADI, E. M., ARALDI, M. A. R., *et al.* Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 74-82, 2004

UNITED STATES, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, US RENAL DATA SYSTEM (USRDS). USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End Stage Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: USRDS; 2013

VARELA, J. U.; VIDAL, M. R.; PEDREROS, M. C. Perfil biosociodemográfico y valoración de necesidades em pacientes em diálisis peritoneal. **Ciencia y Enfermería**, Chile, v. 20, n. 1, p. 89-95, 2014

WALDUM-GREVBO, B; LEIVESTAD, T.; REISAETER A. V.; OS, I. Impact of initial dialysis modality on mortality: a propensity-matched study. **BMC Nephrology**, v. 16, n. 179, p. 1-8, 2015

WASSERFALLENA, B. MOINAT, M.; HALABI, G.; SAUDAN, P.; PERNEGER, T.; FELDMAN, H. I.; MARTIN, P. Y.; WAUTERS, J. P. Satisfaction of patients on chronic hemodialysis and peritoneal. **Swiss Med Weekly**, v. 136, p. 210-217, 2006

WERNECK DE CARVALHO, F. J. **Nefrologia em geriatria**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

YANG, F.; KHIN, L. W.; CHUA, H. R.; VATHSALA, A.; LEE, E.; LUO, N. Hemodialysis versus Peritoneal Dialysis: A Comparison of Survival Outcomes in South-East Asian Patients with End-Stage Renal Disease. **Plos One**, v. 10, n. 10, 2015

APÊNDICE A



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **Letícia Cândida de Oliveira** e **Maria da Graça da Silva**.

A finalidade deste estudo é caracterizar **os pacientes em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul**. Outros propósitos são **elencar os fatores que influenciam na escolha desta modalidade de terapia e construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRCT**.

Poderão participar deste estudo pessoas que estão realizando a diálise peritoneal em casa ou nos serviços de nefrologia, que aceitem participar do estudo voluntariamente, assinando o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e que tenham condições de responder os questionários. Também poderão participar do estudo pacientes que já realizaram diálise peritoneal em algum momento, por período maior ou igual a seis meses. Pessoas que não aceitem participar do estudo e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não serão incluídos na pesquisa.

Serão realizadas perguntas sobre seu tratamento de diálise peritoneal, como ocorreu o desenvolvimento da doença, as complicações, sua opinião a respeito da terapia, entre outras perguntas. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo. Você pode consentir com a gravação em áudio ou não, neste caso, a pesquisadora apenas registrará suas respostas em um impresso. Consentindo com sua participação na pesquisa, você assinará este documento. Uma cópia ficará a seus cuidados e outra com a pesquisadora. .

Sabe-se que a diálise peritoneal é muito efetiva e que os pacientes que utilizam este tipo de diálise sentem-se muito satisfeitos com o estilo de vida que podem ter, com os resultados e a liberdade do tratamento. Porém, existem poucos pacientes se beneficiando desse tratamento, muitas vezes porque existe um receio em ingressar na diálise peritoneal, tanto dos pacientes, como dos profissionais. Assim, é importante saber quais os fatores influenciam na escolha da terapia, se estes fatores são modificáveis ou não.

Assinatura do voluntário:	Assinatura do pesquisador:
----------------------------------	-----------------------------------

Você participará deste estudo durante cerca de 40 minutos onde responderá as perguntas da entrevista, que poderá ser gravada ou não de acordo com seu consentimento. Um grupo de aproximadamente 150 pessoas será entrevistado. As gravações e todo material com informações pessoais serão mantidas em sigilo com a pesquisadora Letícia Cândida de Oliveira e serão descartadas em um prazo de cinco anos.

Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, ou poderá ter sentimentos e recordações ruins dos momentos difíceis relacionados com a doença. Você poderá sentir-se cansado com a entrevista que pode ser longa, mas poderá pedir para ser interrompida e continuar em outro momento.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador e a equipe do estudo, terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Você será avisado periodicamente de qualquer nova informação que possa modificar a sua vontade em continuar participando do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para a pesquisadora Letícia Cândida de Oliveira, Telefone: 67 9214-5944. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo, contate o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345-7187. Poderá obter mais informações também com o Diretoria de Ensino e Pesquisa (DPQI) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS), no telefone (067) 3378-2909.

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não será proibido de participar de novos estudos. Você poderá ser solicitado a sair do estudo se não cumprir os procedimentos previstos ou atender as exigências estipuladas. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

() Aceito a gravação em áudio da entrevista

() Não aceito a gravação em áudio da entrevista

<p>Assinatura do voluntário:</p> <p>_____</p> <p>Local e data: _____,</p> <p>____/____/____</p> <p>Telefone(s): _____</p> <p>E-mail: _____</p>	<p>Assinatura do pesquisador:</p> <p>_____</p> <p>Local e data: _____,</p> <p>____/____/____</p>
---	---

APÊNDICE B

Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



**Instrumento para coleta de dados da pesquisa intitulada:
“ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A
DIÁLISE PERITONEAL”**

Iniciais: _____ Serviço do tratamento: _____ Data
da coleta: ____/____/____

SEÇÃO 1 – Características sócio demográficas

1.1 Idade: _____ (em anos)

1.2 Naturalidade: _____

1.3 Município de residência: _____ 1.4

Distância até o serviço de diálise: _____

1.5 Raça:

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Raça/Etnia indígena

1.6 Sexo: (

)M

()F

1.7 Estado civil: (

)Solteiro

()Casado

()Viúvo

()Divorciado

()Relacionamento estável

1.8 Profissão: _____

1.9 Está trabalhando?

()Sim

()Não

1.10 Escolaridade:

()De 1 a 3 anos de estudo

()De 3 a 5 anos de estudo

()De 5 a 9 anos de estudo

()Mais de 9 anos de estudo

1.11 Renda mensal

()De 1 a 2 salários mínimos

()De 2 a 4 salários mínimos

()De 5 a 7 salários mínimos

()De 8 a 10 salários mínimos

()Mais que 10 salários mínimos

SEÇÃO 2 – Características clínicas

2.1 Etiologia da DRC: _____

() HAS Há quanto tempo: _____ Tratamento medicamentoso? ()S ()N

() DM Há quanto tempo: _____ Tratamento medicamentoso? ()S ()N

2.2 Comorbidades: _____ 2.3

Quem fez o diagnóstico?

() Médico de atenção básica () Outros: _____ (encaminhamento)

() Médico especialista

2.4 Data do diagnóstico: _____ / _____ / _____

2.5 Sinais e sintomas no período do diagnóstico:

() Oligúria () Edema () Astenia () Perda de apetite () Vômitos

() Anúria () Fraqueza () Perda de peso () Náuseas () Dispneia

Outros:

2.5 Problemas renais anteriores ao diagnóstico? (Por ex.: ITU, pielonefrite, internação, cistos renais, neoplasias, perda/retirada de um dos rins)

2.6 Critérios utilizado para fechamento do diagnóstico:

() Clearance de creatinina () Ultrassom de abdome/rins e vias urinárias

() Anúria () Biópsia renal

() Acidose metabólica () Tomografia

() Uremia () Ressonância

() Hipervolemia

() Outros: _____

2.7 Paciente em tratamento conservador?

() Não

() Sim

A partir de quando? _____ / _____ / _____

2.7.1 Quanto tempo em tratamento conservador? _____ (em meses)

2.7.2 Motivos da falha do tratamento conservador:

() Não adesão medicamentosa

() Não adesão à dieta

() Agudização

() Outros: _____

2.7.3 Foi confeccionada fístula artério venosa durante tratamento conservador ou outros acessos permanentes?

() Não () Acesso satisfatório () Acesso não satisfatório

() Sim

2.8 Primeira terapia realizada:

() Hemodiálise

() Diálise peritoneal do tipo: _____ (Avance para

Data da primeira terapia da vida: _____ / _____ / _____ 2.16)

2.9 Primeiro acesso implantado:

() Cateter temporário para hemodiálise

() Cateter de longa permanência para hemodiálise

() Cateter de diálise peritoneal

() FAV (em tratamento conservador)

2.10 Complicações imediatas ou tardias relacionadas ao cateter?

()Sim

()Não

2.11 No caso de tratamento inicial ser hemodiálise, foram implantados outros cateteres temporários posteriormente ao primeiro cateter?

()Não

()Sim

Motivos: _____

2.12 Dificuldades para acesso permanente para hemodiálise?

()Não

()Sim Motivos: _____

2.13 Foram confeccionadas mais de uma FAV? Quantas? _____ PTFE? _____

Maior tempo de uso: _____

Motivo: _____ 2.14

A transferência para diálise peritoneal ocorreu devido falta de acesso para hemodiálise?

()Não

()Sim

Se não, quais foram os motivos: _____

2.15 Quanto tempo realizou hemodiálise até a transferência para DP? _____ (em meses) 2.16

Quanto tempo realiza diálise peritoneal? _____ (em meses)

2.17 Durante este tempo apresentou complicações relacionadas à terapia?

()Não

()Sim

Quais: _____

Quando: _____

2.18 Desfecho: _____

SEÇÃO 3 – Características individuais

1. O paciente recebeu informações sobre as modalidades de terapia disponíveis?

()Não

()Sim

2. O paciente foi transferido para diálise peritoneal por suas próprias motivações?

()Não

()Sim

()Conveniência (distância do centro dialise, estado clinico, etc)

3. O paciente foi transferido para diálise peritoneal por impossibilidade de fazer hemodiálise?

()Não

()Sim

4. Existem registros sobre a satisfação do paciente com as diferentes modalidades?

()Não

()Sim

Descrever: _____

5. Existem registros de evidente melhora do estado geral do paciente que foi transferido da hemodiálise para diálise peritoneal?

()Não

()Sim

Descrever: _____



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Instrumento para coleta de dados da pesquisa intitulada:

“ASPECTOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES EM DIÁLISE PERITONEAL EM MATO GROSSO DO SUL”

Iniciais: _____ Serviço do tratamento: _____ Data
da coleta: ____/____/____

Características do serviço prestador do tratamento de diálise peritoneal

1. Possui programa de orientações pré dialíticas?
 - () Não
 - () Sim

Quem realiza as orientações? _____
2. Dispõe de quais modalidades de diálise peritoneal?
 - () CAPD
 - () DPA
 - () DPI
3. Existem treinamentos para equipe de enfermagem/saúde/multidisciplinar (analise qual termo é o mais adequado) sobre diálise peritoneal?
 - () Não
 - () Sim
4. Qual o número de pacientes em diálise peritoneal? _____
5. Qual o número de pacientes em hemodiálise? _____
6. Existe equipe de enfermagem exclusiva para diálise peritoneal?
 - () Não
 - () Sim
7. São realizados retreinamentos dos pacientes?
 - () Não
 - () Sim

Quando? _____
8. Há quanto tempo oferece o serviço de diálise peritoneal? _____
9. Quais empresas fornecem o material para a terapia? _____
10. Quem é o responsável pelo programa de orientações? _____
11. Existe visita domiciliar mensal? _____



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



ENTREVISTA

Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Clínica: _____

1. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está fazendo dialise peritoneal? Se puder lembrar-se a data é importante.

2. Por que o(a) senhor(a) está fazendo esse tipo de diálise?

3. Quando você soube que existia esse tipo de diálise? Quem informou (médico, enfermeiro, outros pacientes)?

() Médico () Enfermeiro

Quando? () Início da doença () Após exaustão de acesso vascular

4. Qual a diferença entre os dois tipos de tratamento para você?

5. Explique/descreva como você se sente fazendo a diálise peritoneal. Quais as dificuldades e facilidades? Seus sentimentos e temores?

Dificuldades:

- Viagem Ficar muito tempo parado Transporte dos materiais (
 Armazenamento dos materiais Menor perda de peso Medo/insegurança

Outras dificuldades:

Facilidades:

- Menos câibras Menos hipotensão Menos vômito/náuseas
 Independência Possibilidade de trabalhar Sem agulhas
 Ficar em casa

Outras facilidades:

6. Você está satisfeito com a diálise peritoneal?

- Insatisfeito = 1
 Neutro=2
 Satisfeito=3
 Muito satisfeito=4

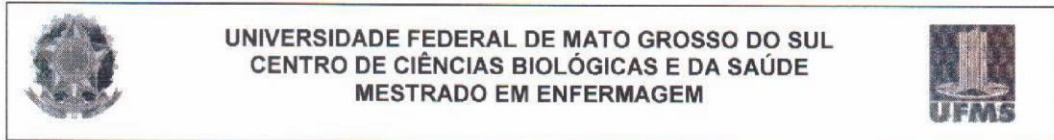
7. Se já fez hemodiálise, qual seu grau de satisfação com a hemodiálise?

- Insatisfeito = 1
 Neutro=2
 Satisfeito=3
 Muito satisfeito=4

8. Se já fez hemodiálise, em qual terapia sentiu-se melhor?

- Hemodiálise
 Diálise peritoneal

APÊNDICE C



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado(s) Dr^a **Sueli Aparecida Daniel e Danilo Bertoloto**,

Eu, **LETICIA CANDIDA DE OLIVEIRA**, enfermeira regularmente matriculada no curso de mestrado em Enfermagem da UFMS, e **MARIA DA GRAÇA DA SILVA**, docente orientador, estamos realizando uma pesquisa intitulada “ASPECTOS CLINICOS E EPIDEMIOLOGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL”. O estudo terá como objetivo “caracterizar os pacientes em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos”. E entre os objetivos específicos: “elencar os fatores que influenciam na escolha da modalidade de TRS; construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRC”. Nesse contexto, vimos por meio desta, solicitar autorização para incluir a instituição **SERVIÇOS INTEGRADOS EM NEFROLOGIA (SIN)** como um dos campos de estudo desta pesquisa. Solicitamos ainda, a permissão de acesso aos prontuários e/ou registros confiáveis que possam fornecer as informações necessárias. Os resultados decorrentes deste estudo poderão contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico da DRC no estado, proporcionando também a adequação do acolhimento dos pacientes crônicos, permitindo a autonomia do mesmo na escolha do tratamento; aumentando o número de pacientes em diálise peritoneal, favorecendo a adequação dos leitos de hemodiálise do estado. Informamos que a pesquisa terá início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos vinculado a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os dados levantados comporão o artigo científico que será submetido à publicação em revista científica, respeitando-se o sigilo da identidade das participantes e das informações coletadas.

Atenciosamente,

Letícia C. de Oliveira

Letícia Cândida de Oliveira
Pesquisadora responsável

Maria da Graça da Silva

Maria da Graça da Silva
Pesquisadora colaboradora

Eu, **SUELI APARECIDA DANIEL**, conhecendo as informações acima descritas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo realização da pesquisa.

Daniilo Bertoloto dos Prazeres
Enfermeiro - Nefrologia
CRM-MS 139871

Dra Sueli Aparecida Daniel
Enfermeira
CRM-MS 2360
CNS 20.1072589210001

Assinatura do(s) responsável(is)

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado Dr^a Miriam Trentin

Eu, LETICIA CANDIDA DE OLIVEIRA, enfermeira regularmente matriculada no curso de mestrado em Enfermagem da UFMS, e MARIA DA GRAÇA DA SILVA, docente orientador, estamos realizando uma pesquisa intitulada "ASPECTOS CLINICOS E EPIDEMIOLOGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL". O estudo terá como objetivo "caracterizar os pacientes em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos". E entre os objetivos específicos: "elencar os fatores que influenciam na escolha da modalidade de TRS; construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRC". Nesse contexto, vimos por meio desta, solicitar autorização para incluir a instituição HIPERIM como um dos campos de estudo desta pesquisa. Solicitamos ainda, a permissão de acesso aos prontuários e/ou registros confiáveis que possam fornecer as informações necessárias. Os resultados decorrentes deste estudo poderão contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico da DRC no estado, proporcionando também a adequação do acolhimento dos pacientes crônicos, permitindo a autonomia do mesmo na escolha do tratamento; aumentando o número de pacientes em diálise peritoneal, favorecendo a adequação dos leitos de hemodiálise do estado. Informamos que a pesquisa terá início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos vinculado a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os dados levantados comporão o artigo científico que será submetido à publicação em revista científica, respeitando-se o sigilo da identidade das participantes e das informações coletadas.

Atenciosamente,

Letícia Cândida de Oliveira
Pesquisadora responsável

Maria da Graça da Silva
Pesquisadora colaboradora

Eu, Miriam Trentin, conhecendo as informações acima descritas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo realização da pesquisa.

Dra. Miriam Sandri Trentin
Nefrologista CRM-MS 282
CNS: 201072589130008

Assinatura do Diretor do Hospital

Yara Celly T. Nepomuceno
Enfermeira
COREN-MS 154973

Assinatura do Enfermeiro RT

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ENFERMAGEM




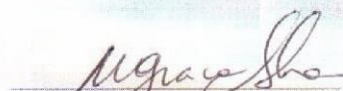
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezado Dr Odailton Ribeiro dos Santos,


Eu, **LETICIA CANDIDA DE OLIVEIRA**, enfermeira regularmente matriculada no curso de mestrado em Enfermagem da UFMS, e **MARIA DA GRAÇA DA SILVA**, docente orientador, estamos realizando uma pesquisa intitulada "ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL". O estudo terá como objetivo "caracterizar os pacientes em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos". E entre os objetivos específicos: "elencar os fatores que influenciam na escolha da modalidade de TRS; construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRC". Nesse contexto, vimos por meio desta, solicitar autorização para incluir a instituição **CLÍNICA DO RIM DE DOURADOS-MS** como um dos campos de estudo desta pesquisa. Solicitamos ainda, a permissão de acesso aos prontuários e/ou registros confiáveis que possam fornecer as informações necessárias. Os resultados decorrentes deste estudo poderão contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico da DRC no estado, proporcionando também a adequação do acolhimento dos pacientes crônicos, permitindo a autonomia do mesmo na escolha do tratamento; aumentando o número de pacientes em diálise peritoneal, favorecendo a adequação dos leitos de hemodiálise do estado. Informamos que a pesquisa terá início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos vinculado a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os dados levantados comporão o artigo científico que será submetido à publicação em revista científica, respeitando-se o sigilo da identidade das participantes e das informações coletadas.

Atenciosamente,


Leticia Cândida de Oliveira
Pesquisadora responsável


Maria da Graça da Silva
Pesquisadora colaboradora

Eu, **Odailton Ribeiro dos Santos**, conhecendo as informações acima descritas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo a realização da pesquisa.



Assinatura do Diretor da Clínica

Dr. Odailton Ribeiro dos Santos
Nefrologia - CRM 785
CPF 073.909.201-49



Assinatura do enfermeiro RT

Reinaldo F. da Silva Baldo
Enfermeiro Nefrologista
CORENAS 021.551

APÊNDICE F



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
 MESTRADO EM ENFERMAGEM

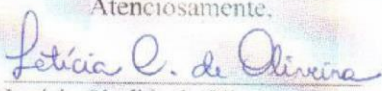
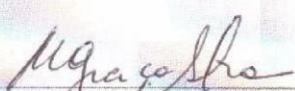


TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO



Prezado Dr Odailton Ribeiro dos Santos,

Eu, **LETICIA CANDIDA DE OLIVEIRA**, enfermeira regularmente matriculada no curso de mestrado em Enfermagem da UFMS, e **MARIA DA GRAÇA DA SILVA**, docente orientador, estamos realizando uma pesquisa intitulada "ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL". O estudo terá como objetivo "caracterizar os pacientes em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos". E entre os objetivos específicos: "elencar os fatores que influenciam na escolha da modalidade de TRS; construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRC". Nesse contexto, vimos por meio desta, solicitar autorização para incluir a instituição **CLÍNICA DO RIM DE PONTA PORÃ-MS** como um dos campos de estudo desta pesquisa. Solicitamos ainda, a permissão de acesso aos prontuários e/ou registros confiáveis que possam fornecer as informações necessárias. Os resultados decorrentes deste estudo poderão contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico da DRC no estado, proporcionando também a adequação do acolhimento dos pacientes crônicos, permitindo a autonomia do mesmo na escolha do tratamento; aumentando o número de pacientes em diálise peritoneal, favorecendo a adequação dos leitos de hemodiálise do estado. Informamos que a pesquisa terá início apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos vinculado a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os dados levantados comporão o artigo científico que será submetido à publicação em revista científica, respeitando-se o sigilo da identidade das participantes e das informações coletadas.



Atenciosamente,

 Leticia Cândida de Oliveira Pesquisadora responsável	 Maria da Graça da Silva Pesquisadora colaboradora
--	--

Eu, **Odailton Ribeiro dos Santos**, conhecendo as informações acima descritas e ciente dos benefícios do estudo, autorizo a realização da pesquisa.

 Assinatura do Diretor da Clínica Dr. Odailton Ribeiro dos Santos Nefrologia - CRM 785 CPF 073.909.201-49	 Assinatura do enfermeiro RT Reinaldo F. da Silva Baichio Enfermeiro Nefrologista COREN/MS 021.651
--	--

ANEXO A

	GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS UNIDADES: HRMS	
<p>AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA</p> <p>Nr.10/2015</p> <p>A Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, declara estar informado da metodologia que será desenvolvida no projeto de pesquisa intitulado “ASPECTOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS À DIÁLISE PERITONEAL EM MATO GROSSO DO SUL.”, trabalho desenvolvido pela enfermeira Leticia Cândida de Oliveira projeto apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para elaboração da dissertação para obtenção do grau de Mestre.</p> <p>Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme preconiza a resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012 e demais resoluções complementares. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição.</p> <p>Campo Grande, MS, 13 de Maio de 2015.</p> <p>Dr. José Júlio Saraiva Gonçalves Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa Hospital Regional de Mato Grosso do Sul</p>		

ANEXO B



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE PRONTUÁRIOS EM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE PESSOAS SUBMETIDAS A DIÁLISE PERITONEAL

Pesquisadora Responsável: Leticia Cândida de Oliveira
Pesquisadora colaboradora: Maria da Graça da Silva

Como pesquisador(a) acima qualificado(a) comprometo-me cumprir rigorosamente, sob as penas da Lei, as Normas Internas aqui estabelecidas para a utilização de dados de prontuários de pacientes das seguintes instituições Clínica do Rim de Dourados, Clínica do Rim de Ponta Porã, Clínica Serviços Integrados em Nefrologia (SIN), Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Clínica Cabral & Klein e Clínica Hiperrim, que se constituem na base de dados do presente Projeto de Pesquisa (Formulário de Pesquisa-Coleta de Dados), tomando por base as determinações legais previstas nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) e Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS 1993), que dispõem:

d) o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins de pesquisa científica (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) será autorizado apenas para pesquisadores do Projeto de Pesquisa devidamente aprovado pelas instâncias competentes da UFMS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFMS).

e) os pesquisadores (auxiliares, adjuntos, coordenador) terão compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados pesquisados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

f) os dados obtidos (Formulário de Pesquisa – Coleta de Dados) somente poderão ser utilizados neste presente projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer todo o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

Campo Grande (MS), 30/04/2015

Leticia Cândida de Oliveira
Pesquisadora Responsável

Maria da Graça da Silva
Pesquisadora Colaboradora

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aspectos clínicos e epidemiológicos de pessoas submetidas a diálise peritoneal

Pesquisador: LETÍCIA CANDIDA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43290315.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.085.820

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico, retrospectivo e prospectivo, de abordagem quantitativa no qual serão analisados dados disponíveis em prontuários de pacientes em programa de diálise peritoneal (todas as modalidades) em sete clínicas de nefrologia no estado de Mato Grosso do Sul (Hospital Rosa Pedrossian (Regional de Mato Grosso do Sul), Clínica SIN (Serviços Integrados em Nefrologia), Clínica do Drº Alexandre Bonfim e Clínica Hiperrim; em Dourados serão Clínica do Rim de Dourados; em Ponta Porã, Clínica do Rim de Ponta Porã). Os sujeitos da pesquisa incluem pacientes que já realizaram em algum momento a terapia de diálise peritoneal por período maior que seis meses, e que encontrem-se em hemodiálise ou outra situação que facilite a coleta dos dados e que possam responder aos questionários

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os aspectos clínicos e epidemiológicos das pessoas em diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul. Elencar os fatores que influenciam na escolha desta modalidade de TRS; • Construir um modelo de programa de orientações para pessoas com diagnóstico médico de DRCT

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As pessoas poderão sofrer constrangimento ao responder aos questionários, visto tratar-se de perguntas relacionadas a fatos ocorridos na revelação do diagnóstico da doença renal crônica, momento este que pode ter causado traumas e/ou lembranças ruins e desagradáveis para

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.085.820

o paciente e seus familiares. As pessoas também poderão sentir-se incomodadas com o tempo que terão que permanecer para responder as questões, uma vez que o questionário não é curto.

Benefícios: A pesquisa poderá revelar quais os entraves mantém a baixa prevalência da diálise peritoneal no estado de Mato Grosso do Sul, contribuindo para a diminuição destes e para a construção de um programa de orientações que guiem os profissionais dentro da saúde pública e/ou hospitalar para o manejo de pacientes com disfunção renal grau de I a IV, aumentando sua sobrevivência e qualidade de vida, além de diminuir os gastos públicos e o uso de máquinas de hemodiálise, estimulando o conceito de diálise peritoneal. Isso fará também com que novos estudos sejam realizados a fim de melhorar o manejo da diálise peritoneal pelos profissionais, estimulando sua adesão e aceitação

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto

Apresenta TCLE

Apresenta autorizações dos hospitais

APRESENTA TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador atendeu às solicitações do CEP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 1.085.820

CAMPO GRANDE, 29 de Maio de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
 (Coordenador)