

## DIÁLISE PERITONEAL DOMICILIAR: INTERLOCUÇÕES ENTRE USUÁRIOS E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Home peritoneal dialysis: interlocations between users and health care network services

Diálisis peritoneal en casa: interlocaciones entre los usuarios y los servicios de red de atención médica

*Denise Rocha Raimundo Leone<sup>1</sup>; Beatriz Francisco Farah<sup>2</sup>; Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>3\*</sup>*

### Como citar este artigo:

Moura SG, Alves KL, Evangelista CB. Diálise peritoneal domiciliar: interlocuções entre usuários e serviços da rede de atenção à saúde. Rev Fun Care Online. 2020. jan./dez.; 12:1316-1322. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10001>

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the interlocutions between users who perform peritoneal dialysis at home and the services of the Health Care Network. **Method:** qualitative research carried out with 19 people undergoing dialysis treatment distributed in three sample groups according to the Grounded Theory method. Analysis through open, axial and selective coding. **Result:** the care context studied exposes the discontinuity of dialysis care in the spheres of primary and hospital care, analyzed by the category “Performing Peritoneal Dialysis at home, being inserted in the Health Care Network”. **Conclusion:** from the interviewees’ point of view, the main dialogue is with the renal replacement therapy service, the main reference for care and complications with home dialysis. The interlocutions with the other assistance points of the Network aim to obtain support services, not involved with the peritoneal dialysis procedure at home.

**Descriptors:** Peritoneal dialysis, Health care, Health services, Integrality in health, Nephrology.

<sup>1</sup> Especialista em nefrologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente Associada da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente e pesquisadora do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender as interlocuções entre os usuários que realizam a diálise peritoneal domiciliar e os serviços da Rede de Atenção à Saúde.

**Método:** pesquisa qualitativa realizada com 19 pessoas em tratamento dialítico distribuídas em três grupos amostrais conforme o método da *Grounded Theory*. Análise através da codificação aberta, axial e seletiva.

**Resultado:** o contexto assistencial expõe a descontinuidade do cuidado dialítico nas esferas da atenção primária e hospitalar, analisada pela categoria “Realizando a Diálise Peritoneal no domicílio, estando inserido na Rede de Atenção à Saúde”. **Conclusão:** na ótica dos entrevistados a principal interlocução é com o serviço de terapia renal substitutiva, principal referência para o cuidado e intercorrências com a dialise domiciliar. As interlocuções com os outros pontos assistenciais da Rede visam obter serviços de apoio, não implicados com o procedimento de dialise peritoneal domiciliar.

**Descritores:** Diálise peritoneal, Atenção à saúde, Serviços de saúde, Integralidade em saúde, Nefrologia.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las interlocuciones entre usuarios que realizan diálisis peritoneal en el hogar y los servicios de Health Care Network.

**Método:** investigación cualitativa realizada con 19 personas sometidas a tratamiento de diálisis distribuidas en tres grupos de muestra según el método de la teoría fundamentada. Análisis mediante codificación abierta, axial y selectiva. **Resultado:** el contexto de atención estudiado expone la discontinuidad de la atención de diálisis en las esferas de atención primaria y hospitalaria, analizada por la categoría “Realización de diálisis peritoneal en el hogar, que se inserta en la red de atención médica”. **Conclusión:** Para los entrevistados, la interlocución principal es con el servicio de terapia de reemplazo renal, la principal referencia para la atención y las complicaciones con la diálisis en el hogar. Las interlocuciones con los otros puntos de asistencia de la Red apuntan a obtener servicios de apoyo, no involucrados en el procedimiento de diálisis.

**Descriptorios:** Diálisis peritoneal, Cuidado de la salud, Servicios de salud, Integralidad en salud, Nefrología.

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública global. A carga desta doença está aumentando em todo o mundo devido ao aumento de sua incidência, prevalência e do número de mortes atribuíveis a ela. Seu tratamento gera alto custo e complexidade, que implicam investimentos em tecnologias de ponta e qualificação profissional.<sup>1-2</sup>

Em seu estágio V, fase mais avançada da doença faz-se necessária a utilização de uma terapia renal substitutiva (TRS) que pode ser a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) ou o transplante renal.<sup>3</sup>

A prevalência dos indivíduos em diálise segue aumentando, configurando uma curva ascendente.<sup>4</sup> No Brasil, estima-se que há 126.583 pessoas em tratamento dialítico, destes, 93,1% realizavam a HD como tratamento e 6,9% faziam DP.<sup>1</sup> Na América Latina, a prevalência da utilização da DP como tratamento da DRC é maior quando comparado à HD, apenas em três países: El Salvador, Guatemala e Costa Rica.<sup>5</sup>

A DP utiliza a membrana do peritônio e pode ser realizada em domicílio após treinamento da pessoa e/ou seu cuidador para a realização da técnica e adequação da residência para a realização do procedimento.<sup>6-8</sup>

Entretanto, as pessoas que realizam este tratamento têm que administrar múltiplos e complexos fatores que envolvem os cuidados com doença, para além do procedimento dialítico. Estes podem ser considerados obstáculos ao tratamento e, para minimizá-los, a atenção à pessoa em DP requer uma abordagem multidisciplinar acrescida de esforços colaborativos entre os serviços de diálise e os outros serviços de saúde que atendem a esta população.<sup>9</sup>

No Brasil, os usuários do serviço de diálise demandam outros serviços ofertados pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), que atuam ordenadamente para atender às necessidades de saúde de população. Entretanto, mesmo com os avanços do SUS, a integralidade tem sido considerada um desafio, pois o acesso universal à diálise não implica apenas o financiamento público, mas, também a garantia de medidas integradas e adequadas para abordar todas as barreiras relacionadas ao tratamento.<sup>10-11</sup>

Tomando por base essas análises um pressuposto a que se chega é o de que para o alcance da integralidade da assistência à pessoa com DRC é relevante o estabelecimento de interlocuções entre os pontos assistenciais da RAS, de diferentes densidades tecnológicas, trazendo a tona a seguinte questão: como ocorrem as interlocuções entre os usuários que realizam a diálise peritoneal domiciliar e os serviços da Rede de Atenção à Saúde do SUS?

Justificam-se portanto, estudos desta natureza, que ao assumirem a magnitude da DRC como problema de saúde pública, investem na busca de compreensão de questões extraídas do rol de cuidados realizados pelo usuário e família no domicílio. Os benefícios recaem no âmbito das avaliações sobre a importância da RAS e sobre os incrementos essenciais no gerenciamento de todos os aspectos, desde os mais básicos aos mais complexos, que envolvem o tratamento da DRC. Objetivou-se, portanto, compreender as interlocuções entre os usuários que realizam a diálise peritoneal domiciliar e os serviços existentes na RAS do SUS.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo qualitativo ancorado na *Grounded Theory*. Esta é uma metodologia de campo que se apropria dos dados coletados, sem nenhuma hipótese preconcebida, para fundar uma teoria.<sup>12</sup>

O cenário foi o domicílio de pessoas em DP domiciliar cadastradas num serviço de diálise de um hospital público, de ensino em Minas Gerais, com capacidade para atendimento de 50 pessoas, o qual prestava assistência a 37 durante o período de realização deste estudo. Os dados foram coletados em domicílio, no período de junho de

2015 a junho de 2016,

por meio de entrevista aberta, observação participante, registros do diário de campo e elaboração de memorandos. Participaram deste estudo 19 indivíduos.

Foram critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, capaz de se expressar por meio de linguagem verbal; realizar DP domiciliar e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, retificando sua anuência com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos aqueles que não tinham capacidade de responder por si.

Os participantes foram distribuídos em três grupos amostrais. No primeiro, incluíram-se dez pessoas, e, pela necessidade de se lançar mão de novas perguntas de pesquisa, conformou-se um segundo grupo amostral, com quatro pessoas. O terceiro grupo amostral, que visou à validação do modelo teórico substantivo, constituiu-se de nove pessoas, destas, quatro também participaram do primeiro grupo. Destarte, realizou-se um total de 23 entrevistas.

O tamanho amostral seguiu o critério de saturação teórica e isso corresponde ao bom desenvolvimento das categorias no que diz respeito às suas propriedades e dimensões, ao não surgimento de nenhum dado novo e relevante que tenha relação com as categorias e também que estas estejam bem estabelecidas e relacionadas.<sup>12</sup>

A análise foi realizada concomitantemente à coleta e ocorreu segundo três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva. A primeira consistiu na identificação dos conceitos expressos nos dados e foi realizada por meio da técnica de microanálise das transcrições das entrevistas. A codificação axial buscou estabelecer relação entre as categorias e suas subcategorias e, por meio da codificação seletiva, integrou-se e refinou-se uma teoria substantiva sobre o fenômeno pesquisado, apresentada na forma de um diagrama, na qual se buscou identificar a relação entre a categoria central e as subcategorias utilizando-se de uma análise em profundidade.<sup>12</sup> Para a organização do banco de dados empíricos, edição textual e apoio à codificação, utilizou-se o *software* OpenLogos.

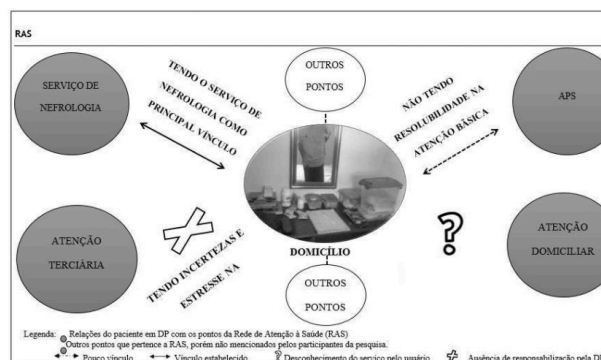
A pesquisa observou os aspectos éticos, segundo a Resolução n. 466/2012<sup>13</sup> e foi aprovada por um Comitê de Ética sob o parecer: 1.004.325. A fim de se garantir o anonimato os participantes foram designados nas citações deste texto por nomes de flores.

## RESULTADOS

Dos participantes, 16 (84,2%) eram mulheres. A idade variou entre 32 e 74 anos, sendo a média de 52,9 anos. O tempo de DP variou entre cinco e 108 meses, com a média de 34 meses. Pelo processo de análise dos dados, chegou-se à categoria “Realizando a Diálise Peritoneal no domicílio, estando inserido na Rede de Atenção à Saúde”, que se constitui a partir de três subcategorias: “Não tendo resolubilidade na Atenção Primária e não sendo atendido

pela Atenção Domiciliar”, “Tendo o serviço de nefrologia como principal vínculo” e “Tendo incertezas e estresse na internação”. O **diagrama 1**, representa, visualmente, a relação entre a categoria e as subcategorias.

**Diagrama 1:** Realizando a diálise peritoneal no domicílio e estando inserido na Rede de Atenção à Saúde do SUS. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2016



Fonte: as autoras

### Não tendo resolubilidade na Atenção Primária

Os usuários que realizavam a DP no domicílio apresentavam necessidades de saúde cuja resolubilidade se encontra na interface entre o serviço especializado em nefrologia e outros pontos da rede, entre os quais se destaca a Atenção Primária à Saúde (APS). À análise dos dados, identificou-se que os profissionais que atuam neste ponto da RAS incluem em seu processo de trabalho o acompanhamento aos usuários em DP. Todavia, não de modo específico no que se refere aos aspectos relacionados ao procedimento dialítico. Apreendeu-se que as visitas domiciliares a estas pessoas não se incluem como uma rotina, conforme relato de Azaleia:

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

Contudo, quando ocorrem, não visam à continuidade do tratamento. Apreende-se que entre as competências e habilidades que poderiam estar relacionadas a este ponto da rede estariam o esclarecimento de dúvidas; a verificação se o ambiente no qual o indivíduo realiza a DP está adequado para a realização da terapêutica; a evolução do processo da DP de modo compartilhado com os serviços especializados.

*Vêm aquelas moças que andam na rua, a agente de saúde. Elas não resolvem nada, só vêm para a gente assinar e pronto. (Cravo)*

As fragilidades na interlocução entre usuários e o serviço de saúde apontadas pelos entrevistados, relacionadas à

APS, podem estar ancoradas na falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o procedimentos técnicos demandados pela DP e as competências pertinentes à atenção primária.

*A gente chega no posto e o pessoal não conhece, eles conhecem a hemodiálise, você fala diálise e o pessoal não sabe o que é, aí você tem que explicar.* (Gérbera)

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

Apreende-se que há falta de conhecimento por parte dos profissionais que atuam na APS acerca da DP e isso pode impedir orientações e condutas adequadas a estes usuários.

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

Na concepção do paciente, o serviço de nefrologia é a sua principal referência, sendo resolutivo para ele no atendimento às necessidades de cuidados relacionadas ao tratamento. Pelos relatos obtidos, consolida-se a compreensão que os aspectos referentes ao tratamento e às suas complicações eram atendidos, exclusivamente, pelo serviço de diálise:

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

Porém, estes usuários se veem desamparados quando têm intercorrências no procedimento dialítico, o que geralmente ocorre durante a noite, horário em que o serviço de diálise encontra-se fechado.

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

Contudo, visando à realização da DP, os entrevistados buscam estratégias para resolução dos problemas que surgiam de forma a possibilitar a continuidade do tratamento. Uma, por exemplo, foi ligar para o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da empresa que fornece o material da diálise:

*Umás duas vezes, à noite, eu já liguei para a XXX [empresa que fornece materiais para a diálise], mas não adiantou nada, não conseguiram resolver o problema, então eu desliguei a máquina e, no dia seguinte, levei ela lá [serviço de nefrologia].* (Orquídea)

Outra estratégia relatada, e com maior frequência, foi a de telefonar para o enfermeiro do serviço de diálise, mesmo estando este fora do seu horário de trabalho.

*À noite, eu ligava pro XXX [enfermeiro], né?! Eu sempre ligava, às vezes, a máquina dava algum problema ali e eu não entendia, aí eu falava XXX [enfermeiro], pelo amor de Deus, eu estou apavorada.* (Azaleia)

Entre os profissionais do serviço de nefrologia, o enfermeiro foi apontado pelos entrevistados como sendo o que se destaca no atendimento às necessidades de cuidados relacionados ao procedimento dialítico, visto que a sua disponibilidade em atendê-los, mesmo fora do turno de trabalho, confere-lhe satisfação e segurança para a realização da prática dialítica no domicílio.

Entretanto, entendem que este atendimento se dá no plano pessoal e é motivo de preocupação, pois caso haja mudança de profissionais no serviço, o atendimento modifica pela inexistência de um protocolo que lhes garanta amparo às intercorrências no domicílio em período noturno.

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

Quando o indivíduo que realiza a DP demanda uma internação hospitalar, esta lhe ocasiona estresse e ansiedade. Os participantes relataram que estas reações não ocorrem apenas pela internação em si, mas também pela necessidade de dar continuidade ao tratamento no contexto hospitalar.

Quando precisaram ser internados, extraiu-se da análise, três opções: a primeira foi a realização da HD em detrimento da DP durante a internação.

*Fiquei internado porque encheu o pericárdio. Naquele tempo, eu já fazia a diálise [peritoneal], mas lá foi feito por aqui [mostrou a fístula para HD], não foi feito a diálise peritoneal não.* (Bálsamo)

A segunda alternativa durante a hospitalização era a ida de algum familiar ou pessoa próxima do paciente à instituição em que se dá a internação, para a realização da DP.

*Eu fiquei internado ano passado e o que eu fiz para não fazer hemodiálise, levei a máquina, arrumei uma mesa [...] a minha mulher e a minha irmã que fizeram para mim, ninguém conhecia, parecia ser um bicho de sete cabeças.* (Crisântemo)

E a terceira, foi ficar sem realizar a diálise, mesmo sabendo dos riscos que esta atitude gera. Contudo, foi a única alternativa para uma entrevistada hospitalizada em um serviço de Urgência e Emergência.

*Na internação na XXX [Serviço de Urgência e*

Emergência], *elas não aceitam que faça por causa de infecção, então fiquei três dias sem fazer. Aí depois fui transferida para o YYY [Hospital do serviço de diálise] e lá fiquei uma noite sem fazer, aí depois, no outro dia de manhã, eu fui lá para o XXX [Serviço de diálise] e fiz lá e depois voltei.* (Tulipa)

O desconhecimento dos profissionais que atuam na atenção terciária surge de modo recorrente nos depoimentos dos participantes, expondo o que pode ser a causa da descontinuidade e insegurança no cuidado destes pacientes.

*Nos hospitais, eles não têm conhecimento, aí você tem que ficar explicando o que é e como que funciona.* (Lisianto)

A vulnerabilidade do usuário que realiza a DP no domicílio surge aliada ao desconhecimento de profissionais e fragiliza o cumprimento das competências do serviço na linha de cuidado da RAS.

Ao se trazer à tona a problemática do desconhecimento sobre a DP pelos profissionais, expõe-se a necessidade de políticas que invistam na concretização da educação permanente pelos profissionais de saúde, dos diferentes pontos da RAS sobre temática da DRC, seus tratamentos e implicações.

## DISCUSSÃO

O sucesso da DP em domicílio requer o acompanhamento do usuário e família, no que se refere às ações de atenção primária, o que demanda a capacitação dos profissionais sobre as habilidades e competências esperadas deste ponto da RAS.<sup>14</sup> A falta de profissional capacitado em DP em Bangladesh é considerada uma razão para um quantitativo menor de pessoas realizar esta terapia como tratamento da DRC.<sup>15</sup>

Há evidências, como também esta pesquisa identifica, de que as VDs realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), por vezes, visam à coleta de assinaturas para cumprir as metas gerenciais em detrimento do cuidado prestado.<sup>16-17</sup>

Entretanto, as VD realizadas pelos ACSs são consideradas fundamentais para a promoção da saúde do paciente renal crônico, constituindo-se em um elo entre o usuário e família em suas dúvidas e necessidades mais emergentes e os profissionais da estratégia de saúde da família. Restringir a atuação à coleta de assinaturas, todavia, mostra a necessidade de capacitação sobre as funções deste profissional e a supervisão direta das suas ações, a fim de se alcançar não somente as metas gerenciais, mas a resolubilidade e efetividade do cuidado que cabe a este nível de atenção.

A VD, quando realizada segundo os propósitos de vigilância e promoção da saúde, torna-se um importante

instrumento no processo saúde-doença, direcionando o planejamento e implementação das intervenções que compete aos profissionais, pois ela propicia a apreensão da realidade, considerando o contexto de vida dos sujeitos e dos seus familiares.<sup>17</sup>

No caso dos pacientes em DP a VD propicia apoio, suporte, construção de vínculos, troca de experiências, adequação do ambiente e amplia a autonomia do sujeito por meio de processo educativo.<sup>8,18-20</sup> Para tanto, os profissionais podem e devem incluir nas estratégias educacionais elementos reais do ambiente do paciente.<sup>21</sup> No que se refere à Atenção Domiciliar, os participantes desta desconheciam a existência do Serviço de Atenção Domiciliar, não foram admitidos pelo mesmo e não recebiam a visita da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad), nem da Equipe de Apoio da Atenção Domiciliar (Emap).

Ressalta-se que as pessoas cadastradas nesse serviço, necessitam apresentar dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde.<sup>22</sup> E como os participantes desta pesquisa não apresentaram restrições para se locomoverem aos serviços de saúde, estes não encontravam-se nos critérios de elegibilidade para participarem do serviço.

O serviço de nefrologia foi apontada como única referência para o paciente em DP, entretanto este permeia pelos serviços da RAS e necessita ser acolhido e sentir-se seguro no atendimento de suas demandas. Sabe-se que o serviço de nefrologia é altamente especializado e, portanto, torna-se essencial que os profissionais que atuam nos demais pontos da RAS recebam formação, que os habilite ao cuidado às pessoas com DRC que realizam DP domiciliar conforme a densidade tecnológica demandada no contínuo de uma linha de cuidados.

Para tanto, compete à Unidade Especializada em DRC com TRS-Diálise, ser referência para o matriciamento e capacitação das equipes da APS nos temas relacionados às doenças renais. O apoio matricial deve ser parte do processo de trabalho das equipes de atenção especializada e é considerado uma ferramenta essencial e que proporciona a aproximação entre os diferentes pontos da RAS e os profissionais, de forma a favorecer um atendimento integral.<sup>11</sup> O nefrologista pode contribuir com os profissionais clínicos ao ajudar o indivíduo em diálise e a sua família na tomada de decisões individualizadas que refletem as melhores evidências, além de seus valores e preferências.<sup>14</sup>

Entretanto, a falta de comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção à saúde tem sido relatada como uma preocupação constante, sendo que muitas vezes o próprio paciente em DP torna-se o canal de informação entre os profissionais.<sup>23</sup>

O apoio matricial a outros serviços de saúde está presente na Tailândia, lá existem três serviços principais que são considerados de apoio aos demais serviços da rede

de saúde. Estes se dão por área de localidade e contam com suporte acadêmico e de médicos e enfermeiros nefrologistas.<sup>24</sup>

No que se refere à atenção do enfermeiro fora do seu horário de trabalho para sanar dúvidas e atendimento de intercorrências dos usuários relacionadas à diálise, ressalta-se que, nos Estados Unidos, cabe à equipe de enfermagem, entre outras atribuições, manter disponibilidade de 24h por dia para atendimento das chamadas. Estas devem ser respondidas o mais rápido o possível, sendo uma responsabilidade dos programas de diálise para com seus usuários.<sup>25</sup>

Quanto a necessidade de hospitalização, há evidências que a hospitalização exige do indivíduo uma capacidade de adaptação às mudanças que ocorreram no seu modo de viver. Ao ser hospitalizado, este passa a seguir as rotinas estabelecidas pela instituição, diminuindo, assim, sua autonomia e até despersonalizando o indivíduo, dependendo do tempo de internação. Essas mudanças geram sentimentos como medo, ansiedade e desconforto.<sup>26-27</sup>

A autonomia implica na tomada de decisão, de forma a preservar a integralidade e individualidade da pessoa, conforme suas aspirações, valores, crenças e objetivos.<sup>28</sup> Porém, a tomada de decisão durante uma hospitalização está circundada de questões administrativas e burocráticas que são inerentes à instituição hospitalar, e, no caso dos entrevistados, por vezes, estas impossibilitaram a realização da terapia dialítica.

Neste estudo, verificou-se perda da autonomia dos pacientes durante a hospitalização, inclusive no que diz respeito à realização da DP como opção de tratamento da DRC. Escolher a TRS a ser realizada constitui-se em um direito das pessoas que apresentam esta doença como diagnóstico.<sup>11</sup> Considera-se que, uma vez que estes necessitam de internação e não podem realizar a DP durante esse período, negligencia-lhe um direito.

Associada à perda de autonomia durante a internação, observou-se a restrição na realização das atividades de autocuidado, causando maior dependência de familiares para a efetivação da terapia neste período. Apreende-se a falta de preparo das instituições que fazem internações para com as pessoas que realizam DP. Vale ressaltar que esse despreparo contempla os hospitais públicos e particulares da realidade da pesquisa, pois essas internações ocorreram tanto em instituições públicas como em privadas.

Na Tailândia, existe uma política de incentivo à DP domiciliar, a qual garante treinamento em saúde aos profissionais dos centros de saúde, dos hospitais, além da atenção secundária e primária, visando ao atendimento desta clientela. Esta capacitação utiliza o conceito de modelo de cuidados crônicos que favorece a realização da terapia em domicílio e objetiva a melhoria dos resultados.<sup>24</sup>

No Brasil, a busca de articulação e manutenção da comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais componentes da RAS são tidas como atribuições

do serviço de nefrologia.<sup>11</sup> Acredita-se, que a inexistência de compartilhamento do cuidado demandado pela DP com outros profissionais da RAS acarreta a centralização e sobrecarga dos serviços especializados, com estagnação dos usuários neste ponto da RAS, omitindo-se aos mesmos usufruir de outras modalidades de suporte. Reforça-se o estado de desconhecimento e cultura de que a responsabilidade pelos cuidados com o usuário com DRC em DP é exclusiva dos serviços de nefrologia.

## CONCLUSÕES

A integralidade e a resolubilidade esperadas no atendimento de saúde não se expressam na realidade vivenciada de pessoas que fazem DP, pois identificou-se a existência de fragmentações com a Atenção Primária e inseguranças no atendimento das unidades de internação hospitalar. O único vínculo é o serviço de nefrologia, que não funciona em horário integral.

Compromete-se, com isso, a efetivação do princípio da integralidade do SUS e, conseqüentemente, expõe-se quem realiza a DP a fragilidades no contexto assistencial. Quanto à atenção domiciliar, os dados apresentados neste tornaram essa discussão inexecutável, pois não havia nenhum entrevistado atendido por este serviço, tendo sido esta considerada uma limitação desta investigação.

Acredita-se que a realização de educação permanente concedida pelo serviço especializado para os demais profissionais da RAS diminua a vulnerabilidade dos pacientes. O serviço de nefrologia deve ser referência para os demais pontos da Rede no que se refere aos cuidados relacionados à DRC e seu tratamento. Aventa-se a realização de novas pesquisas que possibilitem esta discussão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo financiamento desta pesquisa – Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica. *J Bras Nefrol.* [Internet]. 2019 [acesso em 02 de fevereiro 2020];41(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178>
2. Kim SH, Jo MW, Go DS, Ryu DR, Park J. Economic burden of chronic kidney disease in Korea using national sample cohort. *J Nephrol.* [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 15]; 30(1). Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40620-017-0380-3>
3. Kidney Disease Improving Global Outcomes. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Definition, identification, and prediction of CKD progression. *Kidney Int.* [Internet]. 2012 [cited 2020 jan 25]; Supl Available from: [https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO\\_2012\\_CKD\\_GL.pdf](https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf)
4. Almeida FA, Ciambelli GS, Bertoco AL, Jurado MM, Siqueira GV, Bernardo EA. Agregação familiar da doença renal crônica

- secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Cien saude colet*. [Internet]. 2015 [acesso em 15 de fevereiro 2020];20(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.03572014>.
5. Gonzalez-Bedat MC, Rosa-Diez G, Ferreira A. El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. *Nefrol Lat Am*. [Internet]. 2017 [acesso em 03 de fevereiro 2020]; 14(1). Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-nefrologia-latinoamericana-265-pdf-S2444903216300051>
  6. Oliver MJ, Quinn RR. Selecting Peritoneal Dialysis in the Older Dialysis Population. *Perit Dial Int*. [Internet]. 2015 [cited 2020 fev 06];35(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4689461/>
  7. Cunha LP, Silva FVC; Santos FK; Pires AS, Leone DRR, Silva LCS. A visita domiciliar em diálise peritoneal: aspectos relevantes ao cuidado de enfermagem. *Rev Fund Care Online*. [Internet]. 2017 [acesso em 03 de fevereiro 2020];9(1). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5048>
  8. Woodrow G, Fan SL, Reid C, Denning J, Pyrah AN. Renal Association Clinical Practice Guideline on peritoneal dialysis in adults and children. *BMC Nephrol*. [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 10];18(333). Available from: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-017-0687-2>
  9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2013 [acesso em 02 de janeiro 2020]. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/Diretrizes-para-o-cuidado-das-pessoas-com-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas-nas-redes-de-aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-sa%C3%BAde-e-nas-linhas-de-cuidado-priorit%C3%A1rias.pdf>
  10. Costa L, Barbosa N, Oliveira E, Najberg E. Rede de Atenção ao Doente Renal Crônico: proposta de organização na lógica da Linha de Cuidado. *CAIAQ* [Internet] 2016 [acesso em 13 de janeiro 2020];1(2). Disponível em: <https://proceedings.caiq.org/index.php/caiq2016/article/view/805>
  11. Ministério da Saúde (Brasil). 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* 14 mar 2014; Seção 1.
  12. Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  13. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
  14. Lima F, Silva BSM, Vinhas C, Boas IV. O apoio da Atenção Primária ao paciente em uso de diálise peritoneal: relato de experiência. *Enferm Rev* [Internet]. 2015 [acesso em 19 de janeiro 2020];18(2). Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11699>
  15. Savla D, Ahmed S, Yeates K, Mathew A, Anand S. Barriers to increasing use of peritoneal dialysis in Bangladesh: a survey of patients and providers. *Perit Dial Int*. [Internet]. 2017 [cited 2020 fev 08];37 (2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28360370/>
  16. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Cien saude colet* [Internet]. 2015 [acesso em 25 de janeiro 2020];20(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.07622014>.
  17. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface* [Internet]. 2013 [acesso em 06 de fevereiro 2020]; 17(44). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
  18. Martino F, Adibelli Z, Mason G, Nayak A, Ariyanon W, Rettore E, et al. Home Visit Program Improves Technique Survival in Peritoneal Dialysis. *Blood Purif*. [Internet]. 2014 [cited 2020 mar 15];37. Available from: <https://doi.org/10.1159/000365168>
  19. Ellis EN, Blaszak C, Wright S, Van Lierop A. Effectiveness of home visits to pediatric peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*. [Internet]. 2012 [cited 2020 mar 18];32(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524844/>
  20. Sayed SA, Abu-Aisha H, Ahmed ME, Elamin S. Effect of the patient's knowledge on peritonitis rates in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int*. [Internet]. 2013 [cited 2020 mar 22];33(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707712/>
  21. Mesa-Melgarejo L, Carrillo-Algarra AJ, Castiblanco RA, Reina LM, Ávila TM. Terapias de substitución de la función renal: metaestudio y síntesis de evidencias cualitativas. *Aquichán*. [Internet]. 2017 [acesso em 18 de fevereiro 2020];17(3). Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/6095>
  22. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União* 26 abr 2016; Seção 1.
  23. Ruiz FS, López MJV, Artesero LS. Continuidad de cuidados de los pacientes endiálisis peritoneal. *Enferm Nefrol*. [Internet]. 2013 [acesso em 03 de janeiro 2020];16(Supl 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500071>
  24. Chuengsama P, Kasemsup V. PD First Policy: Thailand's Response to the Challenge of Meeting the Needs of Patients With End-Stage Renal Disease. *Semin in Nephrol*. [Internet]. 2017 [cited 23 mar 2020];37(3). Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0270-9295\(17\)30008-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0270-9295(17)30008-6)
  25. Golper TA, Saxena AB, Piraino B, Teitelbaum I, Burkart J, Finkelstein FO, Abu-Alfa. A Systematic Barriers to the Effective Delivery of Home Dialysis in the United States: A Report From the Public Policy. *AJKD*. [Internet]. 2011 [cited 01 mar 2020];58(6). Available from: [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(11\)01143-7/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(11)01143-7/fulltext)
  26. Costa 26.TMN, Sampaio CEP. As orientações de enfermagem e sua influência nos níveis de ansiedade dos pacientes cirúrgicos hospitalares. *Rev Enf UERJ*. [Internet]. 2015 [acesso em 18 de janeiro 2020]; 23(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500071>
  27. Costa VASF, Silva SCF; Lima VCP. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Rev SBPH*. [Internet]. 2010 [acesso em 15 de fevereiro 2020];13(2). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200010)
  28. Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras de Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso em 01 de março 2020];64(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500024>.

Recebido em: 30/04/2020

Revisões requeridas: 29/06/2020

Aprovado em: 31/10/2020

Publicado em: 31/08/2021

**\*Autor Correspondente:**

Edna Aparecida Barbosa de Castro

Rua José Lourenço Kelmer, s/n

São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil

E-mail: [ednabdecastro@aol.com](mailto:ednabdecastro@aol.com)

CEP: 36.036-900